

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 32

**YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMINEN
POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITOPUIRIN
KUNTAYHTYMÄSSÄ**

Mittarin kehittäminen ja testaaminen

Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen

**Pohjois-Karjalan shp ky
Joensuu 2002**

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky

Pohjois-Karjalan keskussairaala

Tieteellinen kirjasto

Tikkamäentie 16

80210 JOENSUU

ISBN 952-9793-31-6

ISSN 1236-1836

Tekijät

Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen ja Arja Ryhänen

Julkaisun nimi

Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä - Mittarin kehittäminen ja testaaminen

ISSN: 1236-1836 **ISBN: 952-9793-31-6** **Kokonaissivumäärä: 123****Toimintayksikkö:** Operatiivinen hoitotyön palveluyksikkö**Tiivistelmä:**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä potilaiden ja hoitajien arvioimana. Tutkimukseen osallistivat sairaalan konservatiivisilla ja operatiivisilla osastoilla, kahdella psykiatrisella osastolla, tarkkailuosastolla ja lyhytkirurgisella osastolla 15.11.2001 – 15.1.2002 hoidossa olleet potilaat (yht. 3845). Näistä potilaista otettiin harkinnanvarainen otos. Tutkimusaineisto käsitti 346 potilasta, lomakkeiden palautusprosentti oli 73 %, vastausprosentti kaikista tutkimusaikana hoidossa olleista potilaista oli 9 %. Myös kyseisten osastojen hoitohenkilökunta ja lisäksi teho-osaston, lastenosaston sekä sisätautien- ja kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunta osallistui tutkimukseen. Hoitohenkilökuntaa oli kyseisillä osastoilla tutkimusaikana työssä 489, joista kyselyyn vastasi 330, vastausprosentti oli näin 68 %. Molemmat aineistot kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyillä strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 10.0 tilasto-ohjelmalla. Aineisto ja tulokset esitetään frekvenssi – ja prosenttijakaumina ja ristiintaulukoimalla yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyviä tekijöitä taustamuuttujien suhteen.

Noin puolet hoitohenkilökunnasta sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan, mutta suurimmalla osalla osastoja oli samanaikaisesti käytössä useita toimintamalleja. Potilaista 52 % sanoi heillä olleen omahoitajan, kuitenkin noin 80 % potilaista ei tiennyt, mitä omahoitaja tekee. Yli 70 % potilaista tiesi omahoitajan työssä olon aina tai melkein aina. Sekä potilaat että hoitajat pitävät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. Kaikki hoidon periaatteet toteutuivat yhtä hyvin kaikissa toimintamalleissa niin potilaiden kuin hoitajienkin arvioimana. Hoitajat arvioivat, että yksilövastuisen hoitotyön edellytyksissä oli puutteita: resursseja oli liian vähän ja hoitajat eivät aina voineet vastata potilaansa hoidosta koko hoitajaksoa. Yksilövastuisen hoitotyön edellyttämä vastuu ei vielä täysin toteutunut, sillä yli 60 % sairaanhoitajista katsoi ryhmän / tiimin vastaavan hoitajan vastaavan potilaan hoidosta työvuoron ajan. Tutkimuksen mukaan johtamisen merkitys yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu edellytysten luojana ja hoitajien tukijana.

Jos resursseja on vähän, eikä yksilövastuisen hoitotyön toimintamallin edellytyksiä voida täysin mahdollistaa, kannattaisi omahoitaja järjestää niille potilaille, jotka tarvitsevat paljon tukea, ohjausta ja neuvontaa tai jotka ovat useita vuorokausia sairaalassa, koska lyhyessä hoitosuhteessa potilaat eivät nähneet omahoitajasta olleen paljon hyötyä. Tämän tutkimuksen yksi tavoite oli mittarien kehittäminen. Mittareissa oli kehitettäviä kohtia; näin ollen olisi tärkeää myöhemmin tehdä seurantatutkimus korjatuilla mittareilla.

Avainsanat

YSA: hoitotyö, omahoitajajärjestelmä, mittarit - - hoitotyö, periaatteet - - hoitotyö, yksilöllisyys - - hoitotyö

JulkaisijaPohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ky
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU**Tilausosoite**Pohjois-Karjalan keskussairaala
Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU
Puh. (013) 1712045
Fax. (013) 1712595
Email. kirjastopalvelut@pkshp.fi

TIIVISTELMÄ

POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITOPPIIRIN Ky
Operatiivinen hoitotyön palveluyksikkö

Kalasniemi Maarit, Kuivalainen Leena & Ryhänen Arja: **Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä – Mittarin kehittäminen ja testaaminen**

Tutkimustyö (93 s), 15 liitetaulukkoa, 4 liitettä (30s.)

Heinäkuu 2002

Yksilövastuinen hoitotyö, mittarin kehittäminen, hoitotyön periaatteet, yksilöllinen hoito, omahoitajajärjestelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä potilaiden ja hoitajien arvioimana. Tutkimukseen osallistuivat sairaalan konservatiivisilla ja operatiivisilla osastoilla, kahdella psykiatrisella osastolla, tarkkailuosastolla ja lyhytkirurgisella osastolla 15.11.2001 – 15.1.2002 hoidossa olleet potilaat (yht. 3845). Näistä potilaista otettiin harkinnanvarainen otos. Tutkimusaineisto käsitti 346 potilasta, lomakkeiden palautusprosentti oli 73 %, vastausprosentti kaikista tutkimusaikana hoidossa olleista potilaista oli 9 %. Myös kyseisten osastojen hoitohenkilökunta ja lisäksi teho-osaston, lastenosaston sekä sisätautien- ja kirurgian poliklinikan hoitohenkilökunta osallistui tutkimukseen. Hoitohenkilökuntaa oli kyseisillä osastoilla tutkimusaikana työssä 489, joista kyselyyn vastasi 330, vastausprosentti oli näin 68 %. Molemmat aineistot kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyillä strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 10.0 tilasto-ohjelmalla. Aineisto ja tulokset esitetään frekvenssi – ja prosenttijakaumina ja ristiintaulukoimalla yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyviä tekijöitä taustamuuttujien suhteen.

Noin puolet hoitohenkilökunnasta sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan, mutta suurimmalla osalla osastoja oli samanaikaisesti käytössä useita toimintamalleja. Potilaista 52 % sanoi heillä olleen omahoitajan, kuitenkin noin 80 % potilaista ei tiennyt, mitä omahoitaja tekee. Yli 70 % potilaista tiesi omahoitajan työssä olon aina tai melkein aina. Sekä potilaat että hoitajat pitivät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. Kaikki hoidon periaatteet toteutuivat yhtä hyvin kaikissa toimintamalleissa niin potilaiden kuin hoitajienkin arvioimana. Hoitajat arvioivat, että yksilövastuisen hoitotyön edellytyksissä oli puutteita: resursseja oli liian vähän ja hoitajat eivät aina voineet vastata potilaansa hoidosta koko hoitojaksoa. Yksilövastuisen hoitotyön edellyttämä vastuu ei vielä täysin toteutunut, sillä yli 60 % sairaanhoitajista katsoi ryhmän / tiimin vastaavan hoitajan vastaavan potilaan hoidosta työvuoron ajan. Tutkimuksen mukaan johtamisen merkitys yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu edellytysten luojana ja hoitajien tukijana.

Jos resursseja on vähän, eikä yksilövastuisen hoitotyön toimintamallin edellytyksiä voida täysin mahdollistaa, kannattaisi omahoitaja järjestää niille potilaille, jotka tarvitsevat paljon tukea, ohjausta ja neuvontaa tai jotka ovat useita vuorokausia

sairaalassa, koska lyhyessä hoitosuhteessa potilaat eivät nähneet omahoitajasta olleen paljon hyötyä. Tämän tutkimuksen yksi tavoite oli mittarien kehittäminen. Mittareissa oli kehitettäviä kohtia; näin ollen olisi tärkeää myöhemmin tehdä seurantatutkimus korjatuilla mittareilla.

ESIPUHE

Saimme ylihoitaja Kerttu Martikaiselta tehtäväksi tutkia yksilövastuisten hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Tehtävä oli laaja ja se vaati paljon aikaa, koska halusimme paneutua asiaan perinpohjaisesti. Tutkimuksen suorittamista vaikeutti ja hidasti myös osastomme henkilökuntatilanne, yhden ryhmän jäsenen äitiysloma ja toisen sairausloma. Tutkimuksen tekemiseen käytimme sekä työaikaa että omaa vapaa-aikaamme.

Tutkimuksen aikana saimme onneksemme paljon tukea ja kannustusta sekä kollegoilta että hoitotyön johtajilta. Haluamme kiittää ylihoitaja Kerttu Martikaista ja johtava ylihoitaja Pirkko Keskisärkkää tutkimuksen toteuttamisen mahdollistamisesta ja kannustavasta tuesta. Osasto 2B:n osastonhoitaja Saara Lehvonen ja koko osaston henkilökunta ansaitsevat erityiskiitoksemme jaksamisesta, kun olimme poissa hoitotyöstä tutkimuksen tekemisen takia. Ylihoitaja Sinikka Varalle haluamme antaa kiitokset kannustuksesta ja mielenkiinnosta työtämme kohtaan.

Joensuussa 15.7.2002

Maarit Kalasniemi Leena Kuivalainen Arja Ryhänen

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	6
2. YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	7
2.1 Keskeiset käsitteet.....	7
2.2 Keskeiset periaatteet.....	10
3. HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIT	12
3.1 Yksilövastuisten hoitotyön käytännön toteuttaminen	14
4. TUTKIMUKSIA YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMISESTA	17
4.1 Tutkimus Suomessa	17
4.2 Kansainvälinen tutkimus	28
5. TEOREETTISTEN LÄHTÖKOHTIEN YHTEENVETO	34
6. TUTKIMUSKYSYMYKSET	35
7. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	35
7.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset	35
7.2 Tutkimusaineiston hankinta	35
7.3 Vastaaajien taustatiedot	36
7.3.1 Potilaiden taustatiedot.....	36
7.3.2 Hoitajien taustatiedot	38
7.4. Mittarin laadinta.....	39
7.5 Mittarin luotettavuus.....	41
7.6 Aineiston analyysi	43
7.6.1 Hoitajien mittarin aineisto	43
7.6.2 Potilasmittarin aineisto	44
8. TUTKIMUKSEN TULOKSET	46
8.1 Hoitajien kyselyn tulokset	46
8.1.1 Osaston toimintamalli	46
8.1.2 Hoitotyön periaatteet	47
8.1.2.1 Potilaskeskeisyys	47
8.1.2.2 Itsenäisyys / vastuullisuus.....	49
8.1.2.3 Jatkuvuus / koordinointi	52
8.1.3 Edellytykset yksilövastuisesti toimimiseen	53
8.1.4 Osastonhoitajan rooli	55
8.1.5 Koulutus.....	57
8.1.6 Hoitajien näkemys yksilövastuisten hoitotyön sisällöstä.....	59
8.2 Potilaskyselyn tulokset	61
8.2.1 Omahoitajan nimeäminen	61
8.2.2 Omahoitajan tehtävät	63
8.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet	64
8.2.4 Arvio omahoitajasta	66

8.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen	68
8.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon	68
8.2.5.2 Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus	70
8.2.5.3 Hoidon jatkuvuus	72
8.2.6 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen	73
9. POHDINTA	76
9.1 Tulosten luotettavuus	76
9.2 Tulosten tarkastelua	77
9.2.1 Hoitotyön malli	77
9.2.2 Hoitotyön periaatteet ja niiden toteutuminen	79
9.2.2.1 Potilaskeskeisyys ja osallistuminen omaan hoitoon hoitajien ja potilaiden arvioimana	79
9.2.2.2 Hoidon jatkuvuus, joustavuus ja oikea-aikaisuus hoitajien ja potilaiden arvioimana	80
9.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana	81
9.2.3 Yksilövastuisen hoitotyön edellytykset	82
9.2.3.1 Osastonhoitajan rooli	83
9.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet	84
9.2.5 Keskeiset päätelmät	85
LÄHTEET	88
LIITETAULUKOT	93
LIITTEET	106

1. JOHDANTO

Potilaan hyvä hoito on keskeinen hoitotyön tavoite. Vaatimukset hoidon laadun parantamiseen ovat olleet lähtökohtana yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymiselle. Hoitotyön laatuun vaikuttaa merkittävästi se, miten potilas kokee vuorovaikutuksen suhteessa hoitajaan. (Murtola 1993.) Yksilövastuiseen hoitotyöhön (primary nursing) sanotaan kirjallisuudessa usein tarkoittavan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofista toimintaperiaatetta. Yksilövastuinen hoitotyö organisointitapana merkitsee sitä, että osaston organisaatiossa nimetään potilaille heidän hoitotyöstään vastuussa oleva hoitotyöntekijä. Hän kantaa vastuun potilaan hoitotyöstä ja hoidon koordinoinnista potilaan tarvitseman hoitojakson ajan. Filosofisessa toimintaperiaatteessa korostuvat keskeiset hoitotyön arvosidonnaiset periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoidon ja hoitotyön koordinointi. Yksilövastuudessa hoitotyössä ovat keskeisiä käsitteitä vastuullisuus ja itsenäisyys. Useimmissa lähteissä korostetaan yksilövastuiseen hoitotyöhön filosofista luonnetta, mutta Pontinin (1999) mukaan yksilövastuinen hoitotyö ei ole filosofia sinänsä, vaan se mahdollistaa hoitotyön perusfilosofian toteutumisen, johon edellä mainitut periaatteet kuuluvat. (Pontin 1999.) Harkila viittaa Hegyvaryyn, jonka mukaan yksilövastuinen hoitotyö on edistysaskel kohti professionaalista hoitotyötä, jolle on ominaista sairaanhoitajien itsenäisyys ja vastuu. (Harkila 1991.)

Omahoitajakäytännön vaikutuksia arvioivissa tutkimuksissa yleisimmin käytetyt kriteerit ovat potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden tyytyväisyys, mutta näiden tutkimusten tulokset ovat ristiriitaisia. (Harkila 1991.) Monien tutkimusten mukaan yksilövastuisesti hoidetut potilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa ja kokevat tulleen hoidetuksi tarpeidensa mukaan paremmin kuin muiden toimintamallien mukaan hoidetut. (Cardner 1991, Stevens 1997, Melchior 1999.) Omahoitajakäytännön on todettu myös lisäävän hoitotyöntekijöiden tyytyväisyyttä työhönsä. Toisaalta yksin työskentely ja lisääntynyt vastuu voi aiheuttaa hoitajille stressiä, ahdistuneisuutta ja eristyneisyyttä. (Luotolinna - Lybeck 1991, Reed 1988, Tonges ym. 1998.) Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa eroa potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa yksilövaistuisen hoitotyön mallin ja muiden toimintamallien välillä ei ole. (Shukla 1984, Haavisto 1991, Nissen ym. 1997, Steven 1999.)

Tutkimme yksilövastuiseen hoitotyöhön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä sekä potilaiden että hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimusta varten laadimme mittarit

erikseen sekä potilaille että hoitajille ja testaamme niitä tällä tutkimuksella. Tarkoituksena on kehittää nämä mittarit toistuvasti käytettäväksi hoidon laadun mittaamisessa. Perälä (1989, 27) viittaa Evansiin ja Browniin (1982), joiden mukaan ongelmana yksilövastuun hoitotyön mittaamisessa ja tutkimustulosten vertaamisessa on se, että osastojen olosuhteet ovat usein erilaisia sekä se, että yksilövastuun hoitotyö käsitetään ja sitä myös toteutetaan eri tavoin. Tästä syystä sekä potilaiden että hoitajien näkökulman tutkiminen on perusteltua.

Yksilövastuun hoitotyö on eräs keskeinen ajattelu- ja toimintatapa pyrittäessä korkeatasoiseen hoitotyöhön. Yksilövastuun hoitotyön on odotettu lisäävän potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa. Tulevaisuudessa korostuu asiakkaan rooli. Asiakkaan aktiivisen hoitoon osallistumisen edellytyksenä on hyvin toimiva ja tasavertainen yhteistyösuhde asiakkaan ja hoitotyön henkilöstön välillä. (Perälä 1997.) Yksilövastuun hoitotyö mahdollistaa ehkä myös sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamisen, jonka oletetaan lisäävän työn mielekkyyttä, ammatillista kasvua ja sairaanhoitajan ammatillisen aseman paranemista. Tutkittaessa hoitotyön käytännön toteutumista hoitotyön tietopohja vahvistuu ja käytännön hoitotyötä voidaan toteuttaa siten, että tuetaan kutakin potilasta mielekkäillä tavoilla hänen terveytensä ja elämäänsä liittyvissä kysymyksissä.

2. YKSILÖVASTUUN HOITOTYÖ

2.1 Keskeiset käsitteet

Yksilövastuun hoitotyön ymmärtämistä ja soveltamista käytäntöön vaikeuttaa siihen liittyvien käsitteiden selkiintymättömyys. Käsitteet ovat usein sisäkkäisiä, mutta eri tutkijat tarkastelevat niitä myös erillisinä käsitteinä. (Perälä 1989, Munnukka 1993, Pontin 1999.) Esimerkiksi ”**primary nursing**”- termillä ei ole yksiselitteistä suomenkielistä vastinetta. Primary tarkoittaa alkuperäistä, ensisijaista, perustavaa laatua olevaa. (Hurme & Pesonen 1986.) Suomenkielisten käsitteiden käyttö on ollut kirjavaa; on käytetty esimerkiksi omahoitaja- tai vastuuhoidtajajärjestelmää tai – mallia. Viimeisin suomenkielinen vastine on ollut yksilövastuun hoitotyö, koska on haluttu korostaa sekä yksilöä että vastuuta. (Perälä 1989.) Tässä vastuu viittaa hoitotyöntekijään, sen sijaan käsitteen määrittelijä ei mainitse viittaako yksilö potilaaseen vai hoitajaan. Kirjastojen käyttämässä yleisessä suomalaisessa

asiasanastossa ohjataan käyttämään hakuterminä omahoitajajärjestelmä-sanaa, asiasanana ei käytetä yksilövastatuista hoitotyötä. (Yleinen suomalainen asiasanasto 1999.)

Vastaavasti termille ”**primary nurse**” on useita käännöksiä, kuten omahoitaja (Perälä 1989, Pukuri 1997), omasairaanhoitaja (Krause 1987), omavastuuhoitaja (Perälä 1989) ja vastuuhoitaja (Lehtoranta 1986, Perälä 1989, Luotolinna-Lybeck 1991). Mikään käännoksistä ei kuvaa täysin englanninkielisen termin sisältöä. Kolme ensimmäistä termiä on muodostettu hoidon saajasta käsin, potilaalla on oma (sairaana) hoitaja. Tässä ilmaistaan myös sellaisen henkilön koulutus, joka voi ottaa yksilövastuun mukaisen vastuun. Vastuuhoitaja kuvaa hoitotyöntekijän ydintehtävää yksilövastuisessa hoitotyössä; kokonaisvastuun ottamista potilaan hoitotyöstä. Omavastuuhoitaja ottaa kummankin edellä mainitun lähtökohdan ja kuvaisi näin parhaiten ”primary nurse” käsitteen sisältöä. (Lehtoranta 1986, Perälä 1989.) Käytännön työntekijät ovat joskus käyttäneet nimitystä ”nimikkohoitaja tai nimetty hoitaja”, mutta nämä käsitteet eivät kuvaa kokonaisvastuuta potilaan hoitotyöstä. (Steven 1999.) Suomen Sairaanhoitajaliitto suosittelee käyttämään käsitettä omasairaanhoitaja, tosin kielitoimisto on suositellut käytettäväksi jo vakiintunutta vastinetta omahoitaja. (Murtola 1993.)

Kolmannesta termistä ”**associate nurse**” on käytetty suomenkielisinä vastineina toinen hoitaja, sijaishoitaja, korvaava hoitaja ja kakkoshoitaja. (Kiikkala 1985, Lehtoranta 1986, Perälä 1989.) Associate merkitsee työtoveria, kumppania ja yhdyssanoissa apu tai lisä - etuliitettä. (Hurme & Pesonen 1987.) Kun primary nurse on potilasta pääasiassa hoitava sairaanhoitaja, niin associate nurse on henkilö, joka korvaa omahoitajan tämän poissa ollessa. Omasairaanhoitaja delegoi vastuun omien potilaidensa hoitamisesta korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja on yleensä sairaanhoitaja, mutta voi joskus olla myös lyhyemmän koulutuksen saanut hoitaja. Useimmissa artikkeleissa ei ole kuvattu korvaavan henkilön toimivaltaa ja vastuuta, mistä syystä ei voida arvioida, onko erilaisen koulutuksen saaneilla samanlainen tehtäväkuva. (Perälä 1989.)

Keskeisiä käsitteitä yksilövastuun mukaisessa työnjaossa ovat vastuu ja itsenäisyys. (Harkila 1991, Puhakka 1996.) **Vastuu** (responsibility) sisältää ajatuksen vastuun antamisesta ja sitä seuraavan toiminnan hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Vastuun hyväksyminen jostain tehtävästä liittyy läheisesti vastuullisuuden (accountability) hyväksymiseen (Perälä 1989,13). Käsitteet painottavat kuitenkin eri asioita (Zander 1985,

Perälä 1989). Vastuussa (responsibility) painopiste on tehtävässä, ei siinä, miten siihen vastataan tai kenelle ollaan vastuussa. Tehtävän vastaanottaminen tuo velvollisuuden (responsibility) toteuttaa tai vastata tehtävän tuomaan haasteeseen. Omasairaanhoidajalta odotetaan ympärivuorokautista vastuuta omien potilaiden hoitotyön koordinoinnista, yksilöllisyydestä, jatkuvuudesta ja kattavuudesta ts. hän on vastuullinen potilaan realistisista hoitotyön tuloksista. Työntekijän vastuunotto-kyky riippuu hänen valmiuksistaan, tiedoistaan, taidoistaan, asenteestaan ja organisatorisista edellytyksistä.

Vastuullisuus (accountability) on määritelty vastuussa olemisesta päätöksistä ja toiminnoista. Se on muodollinen velvollisuus ja organisatoriseen asemaan liittyvä vaatimus tuoda esille päätöksentekoon liittyvät seikat ja vastata näiden seurauksista. Se on liitetty myös ammatillisuuden ominaisuuksiksi, jolloin se on yksilön sisäinen asia. Vastuullisuuden määrittelyyn liittyvät kysymykset: kenelle vastuussa, miksi vastuussa ja kuinka vastuullisuus näkyy käytännössä. Vastuullisuus hoitotyössä tarkoittaa hoitotyöntekijän halua ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Hoitajalla on oltava riittävästi tietoa ja taitoa toimia eettisesti ja itsenäisesti ja halua ottaa vastuu hoitotyön tehtävästä. Hänellä on myös oltava asiantuntijuuden ja organisaation suoma toimivalta itsenäiseen toimintaan. (Zander 1985, Perälä 1989, Harkila 1991, Voutilainen 1994, 1998, Puhakka 1996, Wade 1999.) Erityisesti byrokraattisissa organisaatioissa, kuten terveydenhuollossa, usein ajatellaan, että valta ja vastuu on ”muualla”. Tällainen ajattelu mahdollistaa vastuun välttämisen, jolloin työntekijä ei usko hallitsevansa omaa työelämäänsä. (Paasovaara 2000.)

Itsenäisyys merkitsee sitä, että omasairaanhoidajalla on oikeus ja velvollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä, hän kokee olevansa arvostettu, hän saa tunnustusta työstään ja häntä kannustetaan ottamaan vastuu omasta toiminnastaan. Hän voi tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä, jotka perustuvat potilaan hoitotyön tarpeisiin ja niihin vastaamiseen. Itsenäisyyteen liittyy myös vastuu ja toimivalta. Toimivalta (authority) on määritelty oikeudeksi täyttää tehtävä. Toimivaltaan sisältyvät juridinen ja ammatillinen vastuu. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys oikeuttaa hänet tiettyyn asemaan organisaatiossa, johon liittyy kiinteästi toimivalta. Omasairaanhoidajan toimivalta, oikeus itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan hänelle nimettyjen potilaiden hoitoa koskevissa asioissa pitäisikin olla sopu- s- oinnussa tehtävän tuoman vastuun ja omasairaanhoidajan kykyjen kanssa. Omasairaanhoidaja ei kuitenkaan toimi yksin vaan yhteistyössä muiden hoitajien ja muiden ammattiryhmien kanssa. Toimiessaan muiden ammattiryhmien kanssa hän edustaa

hoitotyön asiantuntijaa. (Perälä 1989, Harkila 1991, Puhakka 1996, Paasovaara 2000.) Tutkimusten mukaan on myös ristiriitaa resurssien, työskentelyolosuhteiden ja hoitavien henkilöiden kykyjen ja vastuun välillä. (Perälä 1989, Steven 1999.)

2.2 Keskeiset periaatteet

Yksilövastuisen hoitotyön painopiste on potilaan tarpeiden mukaisessa hoidossa. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostetaan potilaskeskeisyyttä vastakohtana tehtävä – ja työntekijäkeskeisyydelle (Kukkola & Pulkkinen 1991). Yksilövastuisessa hoitotyössä potilaskeskeisyys toteutuu silloin, kun potilaan saama hoito on yksilöllistä, jatkuvaa, kattavaa ja koordinoitua (Perälä 1989).

Yksilöllisyys on nykysuomen sanakirjan mukaan 1) yksilö- tai henkilökohtaista, vain jollekin yksilölle kuuluva ominaisuus tai vain johonkin yksilöön kohdistuvaa toimintaa 2) muista erottuvaa, omaleimaista tai omailmeistä. (Nyky-suomen sanakirja 1983.) Yksilöllisyyden taustalla on arvoja: ihmisarvo, itsenäisyys ja ajatus yksityiselämästä. Siihen liittyy myös itsemääräämisoikeus. On huomioitava, että hoidossa yksilöllisyys koskee potilaan lisäksi myös hoitajaa, jotka kohtaavat tasavertaisina. (Luotolinna-Lybeck 1991, Munnukka 1993, Suhonen 1997.) Hoitotyössä yksilöllisyys on keskeinen käsite. Sen merkityssisältö on kuitenkin vaihteleva. Sitä on käytetty hoitotyön periaatteena, hoidon laatua mittaavana käsitteenä, hyvän hoidon kriteerinä tai hoidon tavoitteena. (Suhonen 1997.) Toimintana yksilöllisyys näkyy hoitotyöntekijän ja potilaan välisessä yhteistyösuhteessa, jossa potilaan tarpeet otetaan huomioon. Yksilöllisyyttä tuetaan tunnustamalla jokaisen potilaan erilainen tapa osallistua, kokea ja reagoida hoitoon. Potilaan hoito pohjautuu tarpeenmäärittelyyn, missä kartoitetaan potilaan ne ominaispiirteet, joilla on vaikutusta hoitoon ja joiden avulla tehdään yhdessä potilaan kanssa juuri hänelle omaleimainen hoitotyön suunnitelma. (van Servellen 1988.)

Yksilöllinen hoito on potilaan lähtökohdistista lähtevää hoitamista, jossa hoitaja soveltaa hoitotyön toiminnot kullekin potilaalle huomioiden tämän henkilökohtaisen tilanteen ja käyttäen erilaisia menetelmiä ja samalla mahdollistaen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen. (Perälä 1989, Harkila 1991, Saramäki 1997, Suhonen 1997, van Servellen 1988.) Yksilövastuisessa hoitotyössä jatkuva vuorovaikutus potilaan ja tämän perheen kanssa lisää omasairaanhoidajan tuntemusta potilaasta, hoitoa vaativista alueista ja hänen

kyvystään itsehoitoon. Näiden yksilövastuisen hoitotyön ominaispiirteiden synteesi johtaa toimintaan, jonka tuloksena on laadullisesti korkeatasoinen hoito. (Reed 1988, Perälä 1989, Helin & Lumpeinen 1998, Koponen 1999.)

Jatkuvuus tarkoittaa keskeytymätöntä, yhtäjaksoista ja alituista. (Nyky-suomen sanakirja 1983.) Jatkuva hoito on kattavaa, yksilöllistä ja koordinoitua ympäri vuorokauden. Koordinoitu hoitotyö tarkoittaa, että potilasta hoitavilla on yhteiset tiedot, suunnitelma ja käsitys potilaan hoidosta. Kommunikatioon ja tiedonvaihtoon liittyvät kysymykset ovat siis tärkeitä. Informaatiovälineinä toimivat kirjallinen hoitotyön suunnitelma, suullinen tiedottaminen ja hoitoneuvottelut. Päävastuu koordinoinnista on potilaan omasairaanhoidajalla; korvaava hoitaja vastaa omasairaanhoidajalle hoitosuunnitelman toteuttamisesta tai sen muutoksista, jos tilanne on muuttunut. (Kukkola & Pulkkinen 1991, Harkila 1991, Murtola 1993)

Kattavuus (comprehensive) tarkoittaa laajasti peittävää, kokonaisvaltaista, laajaa, monipuolista, sisällökästä. (Hurme & Pesonen 1987.) Kattavuus hoitotoiminnassa merkitsee sitä, että jokainen hoitotyöntekijä huolehtii tarvittavista hoitotoimista määräaikaan. Kattavuutta on myös kutsuttu kokonaishoidoksi vastakohtana pirstoutuneelle hoidolle, jossa ihmisen sairaus nähdään vain biofyysisenä häiriönä huomioimatta sen vaikutuksia potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin ja näiden välisiin suhteisiin. Välineenä hoidon kattavuuden varmistamiseksi on käytetty eri tieteenalojen asiantuntijoiden välisiä konsultaatioita ja yhteisneuvotteluja, joita omasairaanhoidaja koordinoi. (Perälä 1989, Kukkola & Pulkkinen 1991, Luotolinna-Lybeck 1991, Murtola 1993.)

Koordinointi on asioiden tai toimintojen yhteen tai sopusuhtaiseen yhteistoimintaan järjestämistä. (Nyky-suomen sanakirja 1983.) Potilaan hoidon koordinointi tarkoittaa sitä, että omasairaanhoidaja pyrkii sovittamaan yhteen potilaan ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden toimintaa potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisesti. Suunnittelussa otetaan huomioon hoitojen keskinäinen yhteensopivuus ja potilaan toivomukset ja tottumukset. Omasairaanhoidaja hoitaa yhteydet hoidonantajiin ja neuvottelee potilaan kanssa niiden sopivasta toteutuksesta. Potilaan toiveiden kirjaaminen, suullinen raportointi ja kirjallinen hoitosuunnitelma turvaavat hoidon jatkuvuuden myös työvuorojen vaihtuessa. (Perälä 1989, Harkila 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991, Murtola 1993.)

3. HOITOTYÖN TOIMINTAMALLIT

Hoitotyön työnjakomallien kehittyminen ja niiden muuttuminen ovat yhteydessä muutoksiin terveydenhuollossa ja muussa yhteiskunnallisessa kehityksessä. Murtolan mukaan Hegyvary (1987) on kuvannut eri hoitomallien kehitysvaiheita jatkumolla tehtäväkeskeinen (funktionaalinen) työnjako, ryhmätyö, potilaskeskeinen työnjako ja kokonaishoito, modulaarinen hoitotyö, yksilövastuinen hoitotyö ja professionaalinen hoitotyö. (Murtola, 1993, 9). Hoitomallien kehittyneimpään muotoon, professionaaliseen hoitotyöhön, kuuluu itsenäisyys ja potilaskeskeinen päätöksenteko, vastuullisuus, tasavertainen yhteistyösuhde potilaan kanssa, tutkimukseen (research-based) perustuva hoitotyö, kollegiaalinen yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa ja potilaan edustajana toimiminen. Itsenäinen päätöksenteko mahdollistaa sairaanhoitajan itsearvostuksen (empowerment) lisääntymisen ja edistää siten työssä viihtymistä ja siihen sitoutumista. (Murtola 1993, Ruddy 1998, Wade 1999.) Hoitotyössä käytetyn toimintamallin on näin katsottu antavan viitteitä hoitotyön käytännön kehittyneisyydestä, hoitotyöntekijöiden ammatillisuudesta ja hoitotyön toiminnasta.

Ammatillisen hoitotyön kehittämisen katsotaan usein alkaneen Florence Nightingalesta. Vanhin työnjakomalli on ollut **tapauskohtainen (case) malli**, missä sama sairaanhoitaja on vastuussa potilaan hoitotyöstä yhden työvuoron ajan. Sairanhoitajat osallistuivat paljon välittömään hoitotyöhön ja tämä mahdollisti hoitotyön kokonaissuunnittelun ja toteuttamisen, mutta ei taannut hoidon jatkuvuutta, sillä potilaalle nimetty hoitaja voi vaihtua työvuorojen mukaan. (Harkila 1991, Lukander 1993.)

Tehtäväkeskeinen työnjako kehittyi 1900-luvun alkupuolen teollistumisen vaatiman tehokkuusvaatimusten mukaisesti. Työnjako pohjautui massatuotanto-ajatukseen, jossa painopiste oli erilaisten tehtävien suorittamisessa, ei potilaassa. Työssä luokiteltiin tehtävät niiden monimutkaisuuden perusteella ja hoitajille jaettiin tehtävät heidän koulutuksensa perusteella. Hoitotyö oli pirstoutunutta, koska jokainen huolehti vain omasta tehtäväalueestaan. Potilaan hoitoa ohjasivat hierarkkinen työnjako, käskysuhteet ja tehtäväliset. Hoitotyön päämääränä oli saada tehtävät tehdyksi. Tehtäväkeskeinen työnjako pysyi hoitolaitoksissa yhteiskunnallisten muutosten jälkeenkin johtuen sairaaloiden

hierarkkisuudesta, yhteiskunnasta vieraantuneesta ilmapiiristä ja hoitotyön vähäisestä ammatillisesta kehityksestä. (Perälä 1989, Harkila 1991, Murtola 1993, Nissen 1997.)

Ryhmätyömallin kehittymistä edelsi toisesta maailmansodasta johtuva koulutettujen sairaanhoitajien puute ja samanaikainen lääketieteen kehitys. Tehtävien määrä ja niiden jakaminen lisääntyivät ja eriaikaisen hoitajien määrä kasvoi; tarvittiin enemmän koordinoitua ja johtamista. Samaan aikaan hoitotyön teorioita kehitettiin ja kiinnitettiin huomiota vuorovaikutukseen. Tehtäväkeskeinen työnjakomalli ei mahdollistanut yksilöllistä ja auttavaa vuorovaikutusta. Ryhmätyömallin tavoitteena oli yksilöllisyyden, laadun ja jatkuvuuden lisääminen verrattuna tehtäväkeskeiseen työnjakomalliin. Ryhmätyömallissa potilaan hoitotyötä suunnittelee ja toteuttaa joukko erilaisen koulutuksen saaneita hoitajia, joiden johdossa on sairaanhoitaja. Ryhmänjohtajana toimiva sairaanhoitaja jakaa tehtävät ja vastaa hoitotyön suunnittelusta, työn johtamisesta ja valvonnasta. Ryhmässä hoitajat saivat tukea toisiltaan ja erityisesti ryhmänjohtajalta. Oletuksena oli, että ryhmä pystyy parempaan hoitoon, kuin jos kukin hoitaja toimisi yksin. Ryhmätyömallissa jatkui tehtäväkeskeisyys. Siinä pyrittiin käyttämään hyväksi kunkin ryhmän jäsenen taitoja tehtävien suorittamisessa. Samaa henkilökuntaa alettiin määrätä samojen potilaiden kokonaishoitamisesta huolehtimiseen, mikä antoi hoitotyölle jatkuvuutta; näin tapahtui askel kohti professionaalisempaa hoitotyötä. (Shukla 1984, Reed 1988, Harkila 1991, Murtola 1993.)

Hoitotieteen kehittymisen myötä hoitotyön tutkimus ja teoria keskittyivät 1960-luvun lopulla hoitotyön käytäntöön ja huomio kiinnittyi tehtäväkeskeisen ja ryhmätyömallin epäkohtiin. Näissä malleissa potilaskeskeisyys ja potilaan kokonaisvaltainen auttaminen toteutuivat huonosti. Ryhmätyömallin sanottiin lisäävän hierarkiaa potilaan hoidossa ja ryhmänjohtajien vaihtuminen oli esteenä hoidon jatkuvuudelle. Vastuullisuutta potilaan hoidosta oli myös vaikea tuoda esille. Koulutettu sairaanhoitaja osallistui vähän välittömään potilaan hoitamiseen. (Reed 1988, Harkila 1991, Murtola 1993, Pontin 1999.)

Yhdysvalloissa Minnesotan yliopistossa 1960-luvun lopulla käynnistetyn hoitotyön kehittämisohjelman yhteydessä syntyi käsite ”**primary nursing**”; käsitteen luojana pidetään Maria Manthey´ta. Hän kehitti käsitteen Lydia Hallin työn pohjalta, johon kuuluivat käsitteet potilaskeskeisyys, inhimillisuus ja tasa-arvoinen hoitosuhde. Aluksi ”primary nursing” tarkoitti toimintamallia, missä potilaalla ja hoitotyöntekijällä oli aikaisempaa pysyvämpi vuorovaikutussuhde ja hoitokontakti oli työvuoron mittainen. (Shukla 1984,

Reed 1988, Perälä 1989, Pontin 1999.) Manthey'n mukaan "primary nursing" on työnjakomalli, joka perustuu yhden potilaan ja yhden sairaanhoitajan suhteeseen; hoidon lähtökohtana ovat potilaan hoidon tarpeet. Hän painotti vastuullisuutta (responsibility), hoidon jatkuvuutta, suoraa kommunikaatiota potilaan kanssa ja oman hoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa. (Harkila 1991, Pontin 1999.) Perälän (1989) mukaan Marram määritteli "primary nursing"- malliin potilaskeskeisen hoitotyön filosofian ja Smith lisäsi ympärivuorokautisen vastuun potilaan hoitotyöstä. Myöhemmin Marram määritteli hoitotyöntekijän roolin yksilövastuisessa hoitotyössä käsitteiden – itsenäisyys (autonomia), toimivalta (authority) ja vastuullisuus (accountability) – avulla. (Perälä 1989, 5.) Myös Hegyvary ja monet muut (mm. Englannissa Wright ja Pearson) näkivät yksilövastuisen hoitotyön filosofiana. (Pontin 1999.) Tähän filosofiseen puoleen liitettiin mm. seuraavat piirteet: ihminen on yksilöllinen jakamaton kokonaisuus, potilaan hoito on suunniteltu hänen tarpeidensa mukaan yksilöllisesti, tehokkaat ja terapeuttiset hoitotyön auttamismenetelmät, kokonaisvaltaisuus hoitotyön organisoinnin lähtökohtana ja auttava, parantava vuorovaikutussuhde potilaan kanssa.

Yksilövastuista hoitotyötä on kehitetty yli 30 vuotta, ja siihen on liitetty monia käsitteitä, joista osa on keskenään ristiriidassa. Viime aikoina on pohdittu kriittisesti sitä, onko yksilövastuinen hoitotyö sekä toimintamalli että filosofia. Pontin (1999) mukaan yksilövastuiseen hoitotyöhön liitetyt filosofiset piirteet ovat hoitotyön yleisiä filosofisia (humanistisia) lähtökohtia (mm. ihmisen ainutlaatuisuus ja ihmisarvo, yksilön vapaus) ja yksilövastuinen hoitotyö on toimintamalli, joka parhaiten mahdollistaa inhimillisen (human-centered), potilaskeskeisen hoitotyön toteuttamisen. Tähän toimintamalliin liittyvät käsitteet vastuullisuus, jatkuvuus, koordinointi ja kattavuus. (Pontin 1999.)

3.1 Yksilövastuisen hoitotyön käytännön toteuttaminen

Yksilövastuisen hoitotyön käytännön toteuttamisessa on kirjallisuuden mukaan monenlaista eri versiota. Yksi peruskysymys on, minkä koulutuksen saanut henkilö voi toimia omana hoitajana. Kirjallisuuden mukaan omahoitajan on oltava koulutukseltaan sairaanhoitaja, koska vain sairaanhoitajalla on tehtävän vaatimat tiedot ja taidot. (vrt. Reed 1988.) Käytännössä kuitenkin myös perushoitajat toimivat omahoitajina ja korvaavina hoitajina, mutta sairaanhoitaja kantaa kuitenkin lopullisen vastuun potilaan hoidossa. USA:ssa yksilövastuista hoitotyötä toteuttavissa yksiköissä on yleensä ollut suurin osa

henkilökunnasta sairaanhoitajia ja heidän lukumääränsä osastolla on ollut suurempi kuin esimerkiksi Suomessa yksilövastuisten hoitotyön kokeiluosastoilla. (Perälä 1989, Harkila 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991.)

Osastonhoitajan roolina yksilövastuudessa hoitotyössä on vastata yleisestä osaston toiminnan ja resurssien organisoinnista sekä toimia osastolla hoitotyön kehittäjänä ja hoidon laadun varmistajana. Hän mahdollistaa muun henkilökunnan työn ja luo ilmapiirin, jossa jokainen osaston hoitaja voi parhaiten toteuttaa potilaansa hoitoa. Osastonhoitajan merkitys kannustavan ilmapiirin luoja on tärkeä. Hän myös ohjaa ja tukee muita hoitajia potilaiden hoitoon liittyvissä kysymyksissä; näin osastonhoitajan rooli muistuttaa eniten valmentajan roolia. Yhteisöllisyyttä ja vastuun jakamista korostava osallistuva johtaminen vaikuttaa myönteisesti työmotivaatioon, työhön sitoutumiseen, työn laatuun ja tuloksellisuuteen. (Zander 1985, Harkila 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991, Lukander 1993, Paasovaara 2000.)

Toinen yksilövastuisten hoitotyön peruskysymys on, tarvitseeko jokainen potilas oman hoitajan. Kaikki potilaat tarvitsevat kuitenkin yksilöllistä ja koordinoitua hoitoa, näin potilaat joutuvat eriarvoiseen asemaan, jos kaikilla potilailla ei ole nimettyä omaa hoitajaa. Ongelmana yksilövastuisten hoitotyön käytännön toteuttamiselle on vuorotyö ja jatkuvasti lyhentyvät hoito-ajat, sillä yksilövastuisten hoitotyön pyrkimyksenä on, että omasairaanhoitaja voisi osallistua mahdollisimman paljon omien potilaidensa hoitoon. Tämä asettaa erityisen paljon haasteita työvuorosunnittelulle. (Zander 1985, Harkila 1991, Lukander 1993.)

Kokonaisvastuu 24 tuntia vuorokaudessa potilaan hoidosta on myös aiheuttanut keskustelua. Haapalan ja Hyvösen tutkimuksessa 31 % tutkituista sairaanhoitajista sanoi vastaavansa 24 tuntia potilaan hoidosta. Tämä kriteeri arvioitiin vähiten tärkeäksi ja siinä oli eniten eriäviä vastauksia. Tutkijoiden mukaan näyttää olevan helpompaa vastata potilaan hoidosta työvuoro kerrallaan kuin 24 tuntia koko hoitajakson ajan. Lukanderin mukaan jatkuva vastuullisuus ei merkitse sitä, että vastuuhoitajan pitäisi olla myös vapaa-aikanaan potilaiden tavoitettavissa. Siihen ei ole aihetta, kun roolit ovat selkeät (korvaavan hoitajan kanssa), odotukset realistiset, ajan käyttö hyvä ja muut hoitajat hoitamassa. Vastuuhoitaja ei voi olla ainut potilaan hoidon antaja, sillä kukin hoitaja on keskimäärin 5:ssä viikon 21:sta työvuorosta työssä. (Zander 1985, Lukander 1993, Haapala & Hyvönen 2001.)

Käytännössä yksilövastuista hoitotyötä ei kaikilla osastoilla ole voitu toteuttaa kirjallisuudessa kuvatulla tavalla, koska osastojen henkilökunnan rakenne ja määrä ei ole ollut sopiva. Tällaisia omasairaanhoidajakäytännön muunnoksia ovat mm. modulaarinen hoitotyö, omaryhmä ja parityöskentely sekä tiimihoitaminen. (Harkila 1991, Murtola 1993, Boumans & Landeweerd 1996, Mäkisalo 1999, Bislmi & Suominen 2002)

Modulaarinen hoitotyö on omahoitajakäytännön ja työryhmätyöskentelyn sekamuoto: osasto jaetaan alueellisesti osiin ja kunkin pienen potilasryhmän hoitotyöstä vastaa 2-3 hoitajaa. Osittain sairaanhoitajat työskentelevät itsenäisesti omahoitajina vastaten potilaan kokonaishoidosta ja osittain he työskentelevät modulissa perushoitajan kanssa. Perushoitaja voi myös työskennellä useassa modulissa ja raportoida kunkin modulin sairaanhoitajalle. Yhdessä **omaryhmässä** työskentelee tavallisesti sairaanhoitaja ja perushoitaja huolehtien kuuden – kahdeksan potilaan hoitotyöstä. Yleensä ryhmän työskentelyalue on määrätty potilaiden sijainnin mukaan ja aluejako jatkuu samanlaisena mahdollistaen näin hoidon suunnittelun ja toteutuksen jatkuvuuden. **Parityöskentelyssä** sairaanhoitaja työskentelee yhdessä sellaisen hoitajan kanssa, joka ei ole oikeudellisesti, koulutukseltaan tai kokemukseltaan pätevä huolehtimaan oman alueensa potilaiden kokonaishoidosta. (Perälä 1989, Harkila 1991, Pulkila & Kukkonen 1991, Murtola 1993.) Suomessa kokemukset omahoitajakäytännöstä ovat olleet pääasiassa tällaisia omahoitajakäytännön ja ryhmätyökäytännön sekamuotoja. (vrt. Perälä 1989, Munnukka 1993.)

Yksilövastuinen hoitotyö oli Amerikassa vallitseva organisaatiomalli vielä 1980-luvulle tultaessa. Terveystieteiden kasvavien kustannusten ja sairaanhoitajapulan vuoksi sairaalat joutuivat etsimään uusia vaihtoehtoja. **Tiimihoitaminen** kehitettiin ryhmätyön periaatteiden pohjalta. Myös se perustuu oletukseen, jonka mukaan ryhmän suoritus ylittää sen yksittäisten jäsenten yhteenlasketut suoritukset. Tiimihoitaminen eroaa ryhmätyöstä siinä, että se on päämäärätietoisempaa toimintaa. Tiimi voidaan määritellä pieneksi ryhmäksi ihmisiä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa saavuttaakseen yhteisen päämäärän. Hoitotyössä tämä tarkoittaa terveyden edistämistä. Tiimihoitamisessa sairaanhoitaja johtaa tietyn potilasjoukon hoidon toteutuksesta vastaavaa eri ammattilaisista koostuvaa ryhmää. Tiimihoitaminen vaatii etenkin tiimin johtajalta paljon. Hän vastaa potilaiden kokonaishoidosta ja hänen on näin ollen oltava kliinisesti hyvä ja kokenut sairaanhoitaja. Häneltä edellytetään johtamis- ja organisointitaitoja. Tiimin jäsenten yksilöllisiä kykyjä on

osattava käyttää tiimityössä hyväksi. Tiimin jäsenten on myös hyväksyttävä tiimin johtaja. Tiimien kokoonpano tulisi pitää mahdollisimman pitkään samana, jotta tiimin jäsenet oppisivat tuntemaan toisensa mahdollisimman hyvin. (Mäkisalo 1999, Bislimi & Suominen 2002.)

Suomessa tiimityöskentely on nähty yksilövastuisten hoitotyön tukirakenteena. (Mäkisalo 1999.) Mäkisaloon (1999) mukaan yksilövastuinen hoitotyö ei ole yksin tekemistä. Omahoitaja tarvitsee tukea, apua ja palautetta hoitaessaan omia potilaitaan. Omahoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä itsenäisesti, mutta tiimi on velvollinen auttamaan omahoitajaa. Omahoitajan vastuuseen kuuluu tarvittaessa konsultoida tiimin jäseniä. Tiimityöskentelyssä korostuu avoimuus, henkilösuhteiden tärkeys ja yhteisvastuu. Tiimityöskentelyyn siirtyminen on vaativa prosessi, siihen on opittava ja kasvettava osavaiheiden kautta. Lisäksi omaa toimintaa on arvioitava jatkuvasti. (Long 1996, Mäkisalo 1999.) Tiimityötä on käytetty esimerkiksi teho-osastolla yksilövastuisten hoitotyön tukena (vrt. Goode & Rowe 2001). Englannissa on moniammatillisia tiimejä etenkin perusterveydenhuollossa, mutta myös erikoissairaanhoidossa. Myös tiimihoidamisessa on tutkimusten mukaan ongelmia: mm. kommunikaatio kulkee vain johtajan kautta, tiimin jäsenten väliset ristiriidat, tiimien välinen kilpailu. (Bennet-Emslie & McIntosh 1995, Long 1996, Vanclay 1998, Ansel 2001.)

4. TUTKIMUKSIA YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMISESTA

4.1 Tutkimus Suomessa

Taulukkoon 1 on koottu suomalaisissa yliopistoissa yksilövastuisesta hoitotyöstä tehtyjä tutkimuksia. Yksi näistä tutkimuksista on väitöskirja (Munnukka 1993), kolme lisensiaattityötä (Lehtoranta 1986, Perälä 1989 ja Harkila 1991), muut ovat pro gradu-tutkimuksia.

Kiikkalan (1985) ja Mäkisen (1985) pro gradu- tutkielmissa on pääasiassa analysoitu sen hetkisiä yksilövastuisten hoitotyön tutkimuksia ja aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Molempien mielestä oli hyödyllistä jatkaa yksilövastuisten hoitotyön mallin kehittämistä. Molempien mukaan aikaisemmat tutkimustulokset omahoitajamallin soveltuvuudesta ja hyödyllisyydestä olivat osin keskenään ristiriitaisia. Tutkitut toiminnan sovellutukset ovat

olleet usein erilaisia ja tutkimuksissa väliin tulevien muuttujien määrä on ollut suuri. Molempien mukaan omahoitajamalli ei sinällään takaa hoitotyön laadun kohoamista, mutta se antaa hoitotyön kehittämislle hyvät mahdollisuudet. (Kiikkala 1985, Mäkinen 1985)

Yksilövastuiseen hoitotyön aloittamista ja tähän liittyviä muutoksia ovat tutkineet Perälä (1985 ja 1989), Lehtoranta (1986), Harkila (1991), Pakarinen (1992) ja Munnukka (1993). Pakarisen tutkimus tehtiin keskussairaalassa, muut toimintatutkimukset tehtiin yliopistosairaaloissa. Kaikissa tutkimuksissa käytettiin useita tiedonhankinta menetelmiä. Kaikkien tutkimusten mukaan hoitotyön käytäntöä haluttiin muuttaa ja hoitotyön käytäntöä oli myös jo aiemmin pyritty kehittämään. Kaikki totesivat myös, että muutos on hidas prosessi, joka vaatii suunnitelmallisen johtamisen. Hoitotyöntekijöillä tulee olla tarve ja halu muuttaa käytäntöään ennen kuin muutos omahoitajasysteemiin siirtymisestä tehdään ja heidän tulee voida osallistua sen suunnitteluun. Omahoitaja käytäntö on suunniteltava kullekin osastolle sopivaksi. Kaikkien tutkimusten mukaan yksilövastuinen hoitotyö paransi niin potilas-hoitaja suhdetta kuin potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä. (Perälä 1985, 1989, Lehtoranta 1986, Harkila 1991, Pakarinen 1992, Munnukka 1993). Munnukka laati tutkimuksensa tuloksena käsitteellisen mallin kuvaamaan potilaan ja omahoitajan piirteitä. Tämän mallin lähtöajatuksen ja teesien pohjalta hän muotoili yksilövastuiseen hoitotyön määrittelmän, jota on myöhemmin Suomessa paljon lainattu. Tässä mallissa korostuu erityisesti potilaan ja hänen hoitajansa yhteistyösuhde. (Munnukka 1993.)

Yksilövastuiseen hoitotyön toteutumista eri näkökulmista ovat tutkineet Myöhänen 1985, Haavisto 1991, Kukkola & Pulkkinen 1991, Luotolinna-Lybeck 1991, Lukander 1993, Murtola 1993, Kylävalli 1995, Saramäki 1997, Pukuri 1997 ja Paasovaara 2002. Haavisto (1991), Murtola (1993), Kylävalli (1995) ja Saramäki (1997) ovat kysyneet potilaan näkemystä yksilövastuiseen hoitotyön merkityksestä, muut ovat keskittyneet hoitotyöntekijän näkökulmaan.

Haavisto (1991) selvitti potilaiden inhimillisten tarpeiden tyydyttymistä ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon yksilövastuisessa hoitotyössä ja ryhmätyömalliin perustuvassa hoitotyössä sekä sitä miten hoito vastasi potilaan odotuksia. Tulosten mukaan eroja ei löytynyt ja potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon molemmissa ryhmissä. Murtola (1993) tutki, miten yksilövastuiseen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaan hoidossa ja kokevatko potilaat tarvitsevansa omahoitajaa. Potilaat olivat tyytyväisiä

nykyiseen hoitoonsa. Lääkärillä ja hoitohenkilökunnalla oli vastuu heidän hoidostaan, omaa vastuutaan potilaat eivät tunnistanee. Potilaat halusivat osallistua enemmän hoitonsa suunnitteluun ja arviointiin ja he halusivat enemmän informaatiota kaikista hoitoonsa liittyvistä seikoista. Kylävalli (1995) tutki potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutumisesta. Kysely tehtiin Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueen yksilövastuisen hoitotyön projektiin osallistuneiden vuodeosastojen potilaille. Periaatteet toteutuivat hoidon koordinoinnin, jatkuvuuden, kattavuuden ja yksilöllisyyden osalta. Hoitajan vastuullisuus ei toteutunut hoidon suunnittelun osalta. Vain 6 % potilaista oli oma hoitaja. Saramäki (1997) tutki omahoitajan toimintojen hyödyllisyyttä hoitosuhteessa psykiatrisen hoitotyön alueella. Eri hoitomuodoista hyödyllisin oli omahoitajasuhde, seuraavana olivat lääkehoito, keskustelut lääkärin kanssa ja toimintaterapia. Tutkittujen arviot hoidon hyödyllisyydestä olivat muita vähäisemmät, jos he olivat olleet aiemmin useita kertoja sairaalassa ja/tai hoitoaika oli kestänyt yli 3 kuukautta.

Pukuri (1997) tutki yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa hoitajien arvioimana. Tutkituista 47 % ilmoitti osastollaan toteutettavan yksilövastuista hoitotyötä. Asenne yksilövastuiseen hoitotyöhön oli kaikilla myönteinen. Periaatteista jatkuvuus, koordinointi ja autonomia poikkesivat merkitsevästi yksilövastuista hoitotyötä ja muuta työnjakomenetelmää käyttävien ja koulu- ja opistotason tutkinnon suorittaneiden kesken. Potilaskeskeisyyden ja vastuullisuuden periaatteiden toteutumisessa ei löytynyt eroja. Kaikki hoitajat arvioivat toimintansa olevan hyvin potilaskeskeistä. He ilmoittivat suunnittelevansa potilaiden kanssa hoitotyön tavoitteita, arvioivansa hoitotyötä heidän kanssaan sekä pyrkivänsä löytämään yhteisiä ratkaisuja. Omat hoitajat eivät kuitenkaan ensisijaisesti hoitaneet omia potilaitaan; he eivät myöskään tienneet aina, ovatko potilaat saaneet oikeaan aikaan apua. Pukurin mukaan todellista potilaskeskeisyyttä on näin vaikea arvioida.

Myöhäsen (1985) mukaan hoitotyön prosessin kirjaaminen toteutui paremmin omahoitajakokeilun loppuvaiheessa. Hoitotyön toteutus tosin kirjattiin molemmilla mittauskerroilla yhtä hyvin. Potilaan psykososiaalisiin tarpeisiin kiinnitettiin huomiota enemmän omahoitajakokeilun aikana kuin ennen sitä. Kukkolan ja Pulkkisen (1991) mukaan ryhmätyö oli vallitseva toimintamuoto tutkitussa yksikössä, mutta sen rinnalla toteutettiin yksilövastuista hoitotyötä. Suurin osa sairaanhoitajista piti yksilövastuista

hoitotyötä tavoiteltavana ja hyvänä, mutta he kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta, työnohjausta ja perehdyttämistä yksilövastuiseen hoitotyöhön.

Luotolinna-Lybeck (1991) selvitti sen hetkistä hoitotyön käytäntöä yksilövastuiseen hoitotyön näkökulmasta ja henkilökunnan edellytyksiä toimia yksilövastuisessa hoitotyössä. Yksilövastuiseen hoitotyön todettiin olevan paras mahdollinen hoitotyön laadun kannalta, mutta tehtäväkeskeistä mallia pidettiin tehokkaimpana. Ryhmä- ja tehtäväkeskeistä työnjakomallia piti parhaana 68 % tutkituista. Tyytymättömyys nykyiseen työnjakomalliin nousi koulutusasteen noustessa. Tyytymättömyyttä aiheutti mm. hoitotyön pirstoutuneisuus ja huono hoidon jatkuvuus. Yksilövastuiseen hoitotyön ajateltiin lisäävän hoitajien vastuullisuutta ja autonomiaa. Lukanderin (1993) mukaan hoitajat arvioivat antamansa hoidon laadun hyväksi. Vastuuhoitajamallin todettiin parantaneen hoitajien ja potilaiden tyytyväisyyttä ja lisänneen kustannusvaikuttavuutta. Osastonhoitajat arvioivat omahoitajien tärkeimmiksi tehtäviksi kommunikaation ja yhteistyön muun hoitotiimin kanssa. Koulutusta tarvittiin kuitenkin lisää niin vastuuhoidtajamalliin kuin potilaan hoitoon liittyvissä asioissa. Paasovaara (2000) tutki aluesairaalan vuodeosaston sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuisesta hoitotyöstä. Tutkimus kuului hoitotyön kehittämisprojektiin, joka oli kestänyt kolme vuotta. Paasovaaran mukaan innostusta oli yksilövastuiseen hoitotyön kehittämiseen. Potilaslähtöisyys oli lisääntynyt, samoin potilaan asema yhteistyösuhteissa. Osaston hoitotyötä luonnehdittiin tehtäväkeskeisen- moduli- ja yksilövastuiseen hoitotyön mukaisesti. Suurimpana uhkatekijänä yksilövastuiseen hoitotyön toteuttamiselle sairaanhoitajat pitivät kiirettä ja työpainetta. Ongelmia oli myös omahoitajan ja korvaavan hoitajan yhteistyössä, palautteen, kiitoksen ja asiantuntija-avun saamisessa kehitystyön aikana.

Haapala ja Hyvönen (2001) ovat laatineet omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerit ja arvioineet niitä tutkimuksessaan. Kriteereissä on neljä osa-aluetta: hoitotyön tehtävä (14 osiota), vastuu (13 osiota), itsenäisyys ja valtuudet (6 osiota) sekä valmiudet toimia omahoitajana, jossa on kolme alakohtaa (A. yhteistyötaidot (18 osiota), B. ajattelun- ja päätöksenteon taidot (11 osiota) ja C. toiminnalliset taidot (5 osiota). Tärkeimmiksi, selkeimmiksi ja konkreettisimmiksi kriteereiksi sairaanhoitajat arvioivat ”valmiudet toimia omahoitajana”-osion toiminnallisia taitoja koskevat kriteerit. Vähiten tärkeiksi sairaanhoitajat arvioivat kriteerin 24 – tunnin vastuullisuudesta oman potilaan hoidossa.

Kaikissa tutkimuksissa yksilövastusta hoitotyötä on pidetty hoitotyön kehittämisvälineenä, osoituksena hoitotyön kehittyneisyydestä ja pyrkimyksenä tehdä hoitotyötä entistä paremmin. Toimintaa on tarkasteltu kuitenkin enemmän henkilökunnan näkökulmasta kuin potilasnäkökulmasta, joten olisi tärkeää tutkia nykyistä käytäntöä myös potilaan näkökulmasta. Samassa tutkimuksessa ei myöskään ole verrattu potilaan ja hoitohenkilökunnan näkemystä yksilövastuisen hoitotyön tilanteesta.

Taulukko 1. Yhteenveto tässä työssä käytetyistä Suomen yliopistoissa tehdyistä yksilövastuisen hoitotyön tutkimuksista

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Kiikkala 1985	Hoitotyön kehittämisen hallinnon näkökulmasta ja oman hoitajan toimintaan perustuva hoitotyön ideaalimallin luominen.	Keskustelut ja strukturoimattomat haastattelut. Kirjallisuus ja lehtiartikkelit	On perusteltua olettaa omahoitajamallilla olevan merkitystä potilaalle, hoitajalle, hoitotyön sisällölle ja laadulle, opetukselle, koulutukselle, hallinnolle ja taloudelle. Kehittämistyön tulee tapahtua sisällön, rakenteen ja johtamisen alueilla rinnakkain. Hoitotyönjohtajilla on keskeinen rooli
Mäkinen 1985	Tutkimuksien analysointi ja tiedon kokoaminen, jäsentäminen ja omahoitajakäytännön toteutumisen arvioiminen.	Analysoitu 22 omahoitajakäytännön vaikutuksia arvioivaa tutkimusta, jossa 1 kanadalainen ja 21 yhdysvaltalaisista tutkimusta.	Tulokset ovat ristiriitaisia. Näyttää siltä, että omahoitajakäytäntö ei ole parempi vaihtoehto kaikille hoitotyöntekijöille, potilaille, sairaaloille ja osastoille. Perusteita soveltamiselle on, jos hoitohenkilökunnalla on myönteinen asenne sekä motivaatio, valmius ja hoitofilosofia. Omahoitajakäytäntö voi olla keino parantaa hoitotyön laatua.
Myöhänen 1985	Hoitotyön prosessin toteutuminen tarkasteltuna hoitosuunnitelmalomakkeisiin tehtyjen merkintöjen perusteella ennen omahoitajakokeilua ja sen loppuvaiheessa.	Potilasasiakirjat: sisällön erittely, 138 potilaan hoitosuunnitelmalomakkeet. Alkumittauksessa 76, lopussa 62 hoitosuunnitelmaa.	Kirjaaminen toteutui parhaiten omahoitajakokeilun lopussa suoritettussa mittauksessa tarpeen määrittelyn, suunnittelun, arvioinnin ja toteutuksen osalta.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Perälä 1985	Yksilövastuisen hoitotyön sovellutuksen laatiminen ja kokeileminen Vaikutuksien ja toteutettavuuden selvittäminen.	Toimintatutkimus. 3 vuodeosastoa yliopistollisessa sairaalassa. Potilashaastattelu (64 pot.), havainnointi (66 pot.) ja henkilöstö-kyselyt (64 hoitajaa). Potilasasiakirjojen analysointi.	Hoitotyöntekijät käyttivät välittömään hoitoon aikaisempaa enemmän aikaa. Pirstoutuneisuus väheni, hoitotyöntekijät kokivat vastanneensa riittävän hyvin potilaan hoidon tarpeisiin usealla osa-alueella. Potilaat osallistuiivat enemmän hoitoonsa, heitä kuultiin ja kokemus yksilöllisestä hoitotyöstä lisääntyi. Myönteisiä vaikutuksia oli enemmän kuin kielteisiä.
Lehtoranta 1986	Lasten ja vanhempien kokemuksia vastuuhoitajamallista. Arviointi, onko vastuuhoitajamallin mukainen työnjako mahdollinen, sekä sen soveltavuuden että sen vaikutuksen arvioiminen.	Toimintatutkimus yliopistollisessa sairaalassa, johon kuului myös osaraportteja. Kolme kyselyä, sairaanhoitajat, potilaat ja heidän vanhempansa (53).	Vastuuhoitajamalli soveltuu sekä lasten, vanhempien että hoitotyöntekijöiden arvioinnin mukaan lasten veri-, ja syöpäsairauksien osaston työnjakomalliksi. Vastuuhoitajat sanoivat työnsä olevan ammatillisesti kehittävää, mielekästä ja motivoivaa.
Perälä 1989	Selvittää, mikä vaikutus yksilövastuisella hoitotyöllä on potilaan hoitoon ja kokemuksiin sekä hoitotyöntekijöiden ja osaston toimintaan. Lisäksi soveltavuuden ja toimeenpano prosessin arvioiminen.	Toimintatutkimus: kolme osastoa yliopistollisessa sairaalassa. Potilashaastattelut. (n 1= 62, n 2= 56), Havainnointi: hoitokontaktit (n1= 62, n 2= 56) vuorovaikutustilanteet (n1= 219, n 2= 283)	Potilaan ja hoitajan vuorovaikutukseen oli myönteistä vaikutusta. Potilaiden mielestä hoitohenkilökunta toimi kiirettömämmin. Henkilökunta ilmoitti sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia, mutta tarvitsi lisäkoulutusta. Yksilövastuinen hoitotyö näytti soveltuvan suomalaisen hoitotyöhön. Tarvitaan lisätutkimusta.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Kukkola ja Pulkkinen 1991	Miten yksilövastuinen hoitotyö on toteutunut yliopistollisessa sairaalassa vuodeosastolla.	Postikysely, satunnaisotanta. Vakinaiset sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kättilöt 100 vastaajaa.	Ryhmätyö oli vallitseva toimintamalli ja yksilövastuista hoitotyötä käytettiin jonkin verran sen rinnalla. Suurin osa piti yvht:tä hyvänä ja motivoituminen lisäsi edellytyksiä kehittämiseen.
Haavisto 1991	Miten potilaan inhimilliset tarpeet tyydyttyvät yksilövastuisessa hoitotyössä? Onko yksilövastuisen hoitotyön ja ryhmätyömallin välillä eroja	Kaksi sisätautien klinikkaa yliopistollisessa sairaalassa, molemmissa vuodeosasto ja poliklinikka. 147 potilasta vastasi kyselyyn.	Inhimillisten tarpeiden tyydyttymisen osalta ei ollut eroja verrattaessa toimintamalleja. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä molemmissa ryhmissä.
Harkila 1991	Kuvattiin muutosta siirryttäessä ryhmätyömallista omahoitaja käytäntöön.	Kolme sisätauti-osastoa yliopistollisessa sairaalassa. Hoitajien esseet, ryhmäraportit, osastokokousmuistiot ja hoitajille tehty kysely. Toimintatutkimus, sisällönanalyysi. 62 osallistujaa.	Muutos on hidas prosessi ja tarvitaan koulutusta. Osastolle on luotava sopiva omahoitajakäytäntö ja siinä on otettava huomioon henkilökunnan määrä ja laatu, potilaiden tarpeet sekä ne tavoitteet, joihin muutoksella pyritään.
Pakarinen 1992	Selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön toteutettavuutta, toteutumista ja vaikutuksia 2 sisätautiosastolla. Tämä tutkimus oli alkumittaus hoitotyön kehittämisohjelmassa	2 sisätautienosastoa (koeosasto ja vertailu osasto). Toimintatutkimus, kvasikokeellinen asetelma. Potilaskysely (n=94), henkilökuntakysely (n=42) ja hoitotyön asiakirjojen analyysi (n=24)	Koeos:lla toteutuivat hyvän hoitamisen periaatteet paremmin kuin vertailu os:lla. Potilaat kokivat enemmän vastuullisuutta, autonomiaa, koordinoitua ja jatkuvuutta, raportointi oli parempaa. Hk:n määrä koettiin riittämättömäksi, koeosaston hk käytti vertailu osastoa enemmän aikaa potilas hoitoon.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Munnukka 1993	Tarkoitus muuttaa hoitotyön käytäntöä ja kuvata, miten eriasteisten hoitajien työ ja osaston sisäinen yhteistyö muuttuvat siirryttäessä yksilövastuiseen hoitotyön malliin. Laaditaan käsitteellinen malli kuvaamaan potilaan ja omahoitajan yhteistyön piirteitä.	Toimintatutkimus yliopistollisen sairaalan 2 sisätautien ja 2 kirurgian osastolla (2 tutkimus- ja 2 vertailuosastoa). 125 potilasta haastateltiin, kyselyyn vastasi 88, hoitajaa, 17 lääkäriä ja 64 omaista, lisäksi osastojen OH:t pitivät päiväkirjaa. Lisäksi tutkimusaineistona käytettiin muistioita, toimintakertomuksia ja tilastoja.	Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymistä voidaan edistää koulutuksen ja työnohjauksen avulla sekä sopimalla tavoitteista. Tutkimusosastojen ja vertailuosastojen välillä oli eroja hoitotyön käytänteissä. Yksilövastuiseen hoitotyön avulla voidaan edistää potilaan hyvää oloa ja terveyttä. Tämä mahdollistuu, jos potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde on sellainen, että potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla oikealla ajalla autetuksi, hallita omaa elämänsä ja nähdä itselleen uusia mahdollisuuksia.
Murtola 1993	Selvitettiin, miten yksilövastuiseen hoitotyön periaatteet (vastuullisuus, autonomia, kattavuus ja koordinointi) toteutuvat potilaan hoidossa ja kokevatko potilaat tarvitsevansa omahoitajaa.	TYKS:n 2 sisätauti- ja 3 keuhko-osastolla. Kyselytutkimus, osallistui 200 potilasta.	Tutkimustulosten mukaan vastaajat ovat tyytyväisiä nykyiseen hoitokäytäntöön. Vastuullisuus, autonomia ja kattavuus ovat toteutuneet. Puutetta on koettu lähinnä hoidon arvioinnissa ja informaation saannissa. Avoimissa vastauksissa tulee esille suuri tiedon tarve.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Kylävalli 1995	Tarkoituksena selvittää, miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet (vastuullisuus, itsenäisyys, koordinointi, kattavuus, jatkuvuus ja yksilöllisyys toteutuvat potilaan kokemana.	Kymenlaakson shp:n yvht:n projektiin osallistuneiden vuodeosastojen potilaat. Strukturoitu kysely, jaettiin 260 potilaalle. Vastaus % 94. Analyysi tilastollisin menetelmin (SPSS): frekvenssit, prosenttijakaumat.	Periaatteet toteutuivat hyvin, paitsi hoidon vastuullisuus ei toteutunut hoidon suunnittelun osalta; muuten hoitajat olivat vastuullisia ja itsenäisiä. Varsinaisesti yvht ei toteutunut, sillä vain 6 % potilaista oli oma hoitaja
Saramäki 1997	Tarkoituksena kuvata ja selittää psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden arvioita omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä hoitosuhteessa.	12 psykiatrista osastoa 2 itä- ja pohjoissuomalaisessa sairaalassa ja 1 mielenterveyskeskuksessa. Strukturoitu kyselylomake, 102 potilasta ja vastaus % 68	Eri hoitomuodoista hyödyllisin omahoitaja suhde, seuraavana olivat lääkehoito, keskustelut lääkärin kanssa ja toiminta-terapia. Omahoitajan toiminnassa 6 osa-alueita, joista hyödyllisin oli omahoitajan toiminta luotettavana ihmisenä ja auttajana. Muut osa-alueet tärkeysjärjestyksessä olivat omahoitajan toimiminen kannustavana ymmärtäjänä, hoitotilanteiden selkiyttäjänä ja tukena jokapäiväiseen elämään liittyvissä asioissa.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Pukuri 1997	Tutkittiin yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa hoitajien arvioimana.	Strukturoitu kyselylomake, (n=475) vastausprosentti 92%. Psykiatria rajattu ulkopuolelle	47 % ilmoitti osastollaan toteutettavan yksilövastuisesta hoitotyötä. Asenne yvht:hen oli kaikilla myönteinen. Periaatteista jatkuvuus, koordinointi ja autonomia poikkesivat merkittävästi yvht.n ja muiden työnjakomenetelmien ja koulu- ja opistotason tutkinnon suorittaneiden kesken. Potilaskeskeisyyden ja vastuullisuuden periaatteiden toteutumisessa ei löytynyt eroja. Tutkimuksen luotettavuutta oli pohdittu.
Paasovaara 2000	Tutkittiin Hyvinkään aluesairaalan sisätautien osaston sairaanhoitajien näkemyksiä yksilövastuisen hoitotyön kehittämisestä osastollaan.	Laadullinen tutkimus. 17 sairaanhoitajaa kirjoitti esseen yksilövastuisen hoitotyön kokemuksistaan. Aineisto analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällönerittelyllä.	Sh:n mielestä osastolla oli innostusta yvht:n kehittämiseen. Vahvuuksiksi koettiin potilaslähtöinen työote, hoitotyön jatkuvuus ja itsenäisyys sekä kyky kokonaishoitoon. Uhkana koettiin kiire sekä palautteen ja kiitoksen vähyys. Resurssien vähäisyyden vuoksi eivät kykene toimimaan tällä hetkellä omahoitajina.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Haapala & Hyvönen 2001	Tarkoitus laatia omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerit ja arvioida niiden selkeyttä, tärkeyttä ja konkreettisuutta.	Kriteerit laadittiin aik. yvht-tutkimuksen pohjalta. 56 Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien klinikan sairaanhoitajaa arvioi kriteerit. Strukturoitu lomake, jossa muutama avoin kysymys. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin (SPSS), avoimet kysymykset sisällön analyysin avulla.	Sairaanhoitajat arvioivat kaikkien osioiden kriteerit tärkeiksi. Tärkeimmiksi, selkeimmiksi ja konkreettisimmiksi hoitajat arvioivat toiminnallisia taitoja kuvaavat kriteerit. Vähiten tärkeäksi, konkreettiseksi ja selkeäksi sairaanhoitajat arvioivat kriteerin 24-tunnin vastuullisuudesta potilaan hoidossa. Tutkimuksen luotettavuutta oli pohdittu.

4.2 Kansainvälinen tutkimus

Eniten yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu Yhdysvalloissa 1970-luvulta alkaen. Tutkimuksia on myöhemmin julkaistu myös Euroopassa, mm. Englannissa ja Hollannissa. Yksilövastuista hoitotyötä on arvioitu monesta lähestymistavasta. On verrattu kliinistä käytäntöä ennen yksilövastuisen hoitotyönmallin käyttöönottoa ja sen jälkeen tai on verrattu eri työnjakomenetelmiä mm. potilaan ja hoitohenkilökunnan tyytyväisyyden, kustannusten ja henkilökunnan vaihtuvuuden suhteen. Tärkeä arviointikriteeri on ollut myös yksilövastuisen hoitotyönmallin vaikutus hoidon laatuun ja potilaan hoitotuloksiin. (Shukla & Turner 1984, Gardner 1991, Boumans ym 1996, Melchior ym. 1999.) Yksilövastuisesta hoitotyöstä on julkaistu myös review-artikkeleita, joissa on tutkimuksiin vedoten pohdittu yksilövastuisen hoitotyön merkitystä ja tarkasteltu kriittisesti sen peruslähtökohtia ja olettamuksia. (Zander 1985, Pontin 1999, Steven 1999.)

Olemme käyttäneet tässä tehtävässä lähteenä kahta yhdysvaltalaisista, kahta englantilaisista ja kolmea hollantilaisista tutkimusta. Tutkimukset ovat 1980- ja 1990- luvuilta ja niiden

kirjallisuuskatsauksissa on tarkasteltu kriittisesti aikaisempaa yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyvää tutkimusta. USA:ssa tutkimuksissa tutkittiin yksilövastuiseen hoitotyön ja ryhmätyön eroja suhteessa potilaan tyytyväisyyteen ja hoidon laatuun. Näiden molempien tutkimusten tutkimusprosessit oli kuvattu huolellisesti, tosin Shukla ja Turner ei ollut pohtinut artikkelissaan tutkimuksensa luotettavuutta. (Shukla & Turner 1984, Gardner 1991.) Gardner tutki myös yksilövastuiseen hoitotyön mallin vaikutusta henkilökuntaan (mm. stressiin, työtyytyväisyyteen) ja hoidon kustannuksiin. He saivat keskenään hieman ristiriitaisia tuloksia. Shuklan ja Turnerin mukaan potilaan tyytyväisyydessä ei ollut eroja ryhmätyömallin ja yksilövastuiseen mallin välillä. Potilaat sen sijaan olivat tyytymättömämpiä yksilövastuisesti toimivilla osastoilla; he valittivat enemmän mm. jäähtyneestä ruuasta ja avun puutteesta päivittäisten toimien hoitamiseen. Tutkija oletti tämän johtuvan avustavan henkilökunnan vähydestä yksilövastuuisella osastolla, sillä vaikka henkilökunnan määrä oli sama molemmilla osastoilla, oli ryhmätyöosastolla noin neljäsosa henkilökunnasta hoitoapulaisia, kun taas yksilövastuisesti toimivalla osastolla olivat lähes kaikki rekisteröityjä sairaanhoitajia. Sen sijaan Gardnerin tutkimuksen mukaan yksilövastuuisilla osastoilla olevat potilaat arvioivat hoitonsa laadun korkeammaksi kuin ryhmätyömallin mukaan toimivilla osastoilla olevat potilaat. Henkilökunta sen sijaan tunsi alussa enemmän stressiä yksilövastuuisilla osastoilla kuin ryhmätyö osastoilla, mutta ajan kuluessa hoitajien tuntema stressi väheni, kun uusi toimintamalli tuli tutuksi. Hoitajien vaihtuvuus oli myös pienempi yksilövastuuisilla osastoilla, samoin hoidon kustannukset, koska yksilövastuuisilla osastoilla oli vähemmän hallintoa, henkilökuntaa / potilas ja vähemmän sijaishenkilökunnan tarvetta kuin ryhmätyö osastoilla. Myös Reed (1988) Englannissa sai samansuuntaisia tuloksia kuin Gardner, tosin hänen tutkimusaineistonsa oli pieni ja hänen tutkimuksessaan oli metodologisia heikkouksia (mittarit eivät olleet yksiselitteisiä, tutkittavat ryhmät olivat eri suuria jne.) Hänen mukaansa myös ryhmätyömalli voi toimia hyvin, kunhan siihen yhdistää piirteitä yksilövastuuisesta mallista ja järjestää riittävästi toimintaa tukevaa apua. (Reed 1988.)

McMahon (1990) tarkasteli sairaanhoitajien itsenäisyyttä, kollegiaalisuutta ja vallan jakoa englantilaisessa sairaalassa. Hän vertaili keskenään tehtäväkeskeistä, ryhmätyömallia ja yksilövastuista hoitotyön mallia. Tehtäväkeskeisessä ja ryhmätyömallissa kaikki kommunikaatio keskittyi vastaavalle hoitajalle ja valta liittyi näin asemaan. Osastonhoitajan poissa ollessa tuli konfliktitilanteita sovittaessa, kuka on vastaava hoitaja. Yksilövastuuisilla osastoilla sairaanhoitajat olivat itsenäisempiä ja tiedostivat vastuunsa potilaalle paremmin

kuin tehtäväkeskeisesti toimivilla osastoilla. Yksilövastuisilla osastoilla sairaanhoitajat konsultoivat toisiaan enemmän kuin tehtäväkeskeisesti toimivilla, mikä tutkijan mukaan viittasi parempaan kollegiaalisuuteen.

Hollantilaisessa tutkimuksessa (Bouman ja Landeweerd 1996 ja Nissen ym.1997) tutkittiin yksilövastuisen hoitotyön vaikutusta työhön liittyviin tekijöihin (itsenäisyys, työn kuormittavuus, vastuullisuus, kollegiaalisuus, johtamistyyli) ja potilaan saamaan hoidon laatuun. Yksilövastuinen hoitotyö hollantilaisen mallin mukaan tarkoittaa käsityksemme mukaan tiimityöskentelyä (osasto jaettiin kahteen tiimiin, kummassakin tiimissä oli kaksi rekisteröityä sairaanhoitajaa, jotka vastasivat kuuden potilaan hoidosta, tämä jako kesti 8 tuntia päivässä, 5 päivää viikossa ja työskentelyn apuna he käyttivät hoitotyön prosessimenetelmää). Seuranta-aikana työhön liittyviin tekijöihin ei tullut muutosta, mutta joillakin potilaan hoidon osa-alueilla (potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa, potilaan kokema stressi ja potilaan tyytyväisyys hoitoonsa) oli lievää paranemista. Sen sijaan hoitotyön johtajien asema korostui ja tiimin johtajien (team head) vaikutus lisääntyi. Yksilövastuinen hoitotyö ei kuitenkaan parantanut hoidon laatua.

Melchior ym.(1999) tutkivat yksilövastuisen hoitotyön vaikutusta työhön liittyviin tekijöihin pitkäaikaispsykiatrian osastoilla. Kyseessä oli seurantatutkimus, seuranta-aika oli 2,5 vuotta. Tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan. Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen lisäsi sairaanhoitajien työn itsenäisyyttä ja selkeyttä. Hoitajat työskentelivät enemmän potilaskeskeisesti. Hoitajat eivät kokeneet kollegiaalisen tuen lisääntyneen yksilövastuiseen hoitotyöhön siirryttäessä. Sellainen johtamistyyli, joka korosti mm. henkilökunnan viihtyvyyttä, hyvinvointia ja työtyytyväisyyttä näytti vaikuttavan niin, että hoitajat hyödynsivät enemmän yksilövastuisen hoitotyön mallia.

Näiden tutkimusten mukaan yksilövastuisen hoitotyön vaikutus potilaan kokemaan hoitoon ei ollut yksiselitteinen. Sen sijaan yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen näytti usein lisäävän sairaanhoitajien tyytyväisyyttä työhönsä, vaikka jotkut kokivat vastuun lisääntymisen stressaavana. Näissä tutkimuksissa ei kuvattu yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtymisen vaikutusta muuhun hoitohenkilökuntaan. Näistä tutkimuksista myös näkyy, että käsitys yksilövastuisesta hoitotyöstä on erilainen eri maissa eikä tuloksia näin ollen voi suoraan verrata keskenään.

Taulukko 2. Yhteenvedo tässä tutkimuksessa käytetyistä kansainvälisistä yksilövastuisen hoitotyön tutkimuksista

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Shukla & Turner 1984 USA	Tutkittiin, onko hoitotyön mallilla ja potilaiden tyytyväisyydellä hoitoon yhteyttä.	Kahta rakenteiltaan ja hk. määrältään samanlaista sis-kir. vuodeosastoa verrattiin keskenään. Toisella os:lla käytettiin ryhmätyötä (enemmän avustavaa hk:ta) ja toisella yvht:tä. Molemmilta os:lta 30 pot. satunnaistettiin tutkimukseen. Pot:lle strukturoitu kysely. Mitattiin myös hk:n määrä/os, hoitajan käyttämä aika / potilas ja hoitajien pätevyys (Slater-scale). Tutkimusprosessi on kuvattu huolellisesti.	Potilaan tyytyväisyydessä hoitoonsa ei ollut eroja hoidettiinpa heitä ryhmätyömallin tai yksilövastuisen hoitotyön mukaan. Potilaat valitsivat yksilövastuisesti toimivalla osastolla ruokailuun, kuntoutukseen ja vuorovaikutukseen liittyvistä laiminlyönneistä. Tutkijat olettavat tämän johtuvan avustavan henkilökunnan vähyydestä yksilövastuisella osastolla. Tutkimuksen luotettavuutta ei pohdittu.
Reed 1988 Englanti	Tutkimuksessa verrattiin yksilövastuista- ja ryhmätyömallia käyttävää osastoa. Onko hoidon laadussa, hoitotyön filosofiassa ja hoitajien tyytyväisyydessä eroja näiden kahden osaston välillä?	Kontrolli os:lta (ryhmätyö os) tutkimukseen osallistui 1 pot. ja 14 sh, koe os:lta (yvht-os) 1 pot. ja 7 sh. Potilaiden saamaa hoitoa tarkkailtiin Quality of care observation schedule -mittarilla, ht:n dokumentteja arvioitiin Phaneuf's schedule for retrospective audit-mittarilla, hoitotyön filosofiaa mitattiin (philosophy of nursing care questionnaire) ja hoitajien työtyytyväisyyttä mitattiin Cornellin työtyytyväisyysindeksillä.	Yksilövastuisen mallin mukaan toimiva osasto sai kaikilla tutkimuksen osaluilla hieman paremmat pisteet kuin vertailuosasto. Ryhmätyömallin vahvuudeksi koettiin avustava henkilökunta. Tutkimuksen metodologisia puutteita käsiteltiin (mm. pieni aineisto, ryhmät eri suuruisia, ryhmiä ei ollut samankaltaistettu esim. koulutuksen suhteen, mittarit eivät olleet yksiselitteisiä).

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
McMahon 1990 Englanti	Valta ja hoitajien väliset kollegiaaliset suhteet yksilövastuisesti ja hierarkkisesti johdetuilla osastoilla.	Kaksi osastoa kahdesta eri sairaalasta (2 yksilövastuista osastoa, 1 tehtäväkeskeinen ja 1 ryhmätyömalli). 58 koulutettua sairaanhoitajaa valittiin tutkimukseen. Hoitajien työskentelyä tarkkailtiin 5 pv, ja hoitajat täyttivät strukturoidun kyselylomakkeen. Mittarin luotettavuutta pohdittiin, mutta myös todettiin sen tarvitsevan vielä lisää testaamista.	Hierarkkisesti johdetuilla osastoilla valta liittyi asemaan ja vastaava hoitaja oli kaiken kommunikaation keskus. Yksilövastuisesti toimivilla osastoilla valta liittyi yksilöihin, jotka hoitivat potilaita ja myös kaikki potilaan hoitoon liittyvä kommunikaatio kulki heidän kauttaan. Yvht- osastoilla hoitajat työskentelivät itsenäisemmin ja vastuullisemmin kuin hierarkkisesti johdetuilla osastoilla. Tutkimuksen luotettavuutta pohdittiin suhteessa metodologiaan.
Gardner 1991 USA	Verrattiin yksilövastuisen ja ryhmätyön eroja ja niiden vaikutusta hoidon laatuun, hoitohenkilökuntaan ja kustannuksiin.	5 vuoden seurantatutkimus. Tutkimuskohteena 8 sisätautiosastoa. Yksilövastuinen hoitotyö määriteltiin Manthey:n mukaan. Useita mittauskertoja, useita mittareita sekä potilaille että henkilökunnalle. Mittarien validiteetti ja reliabiliteetti oli testattu. Metodi kuvattu yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Mittareina mm. Slater-scale, Qualpacs, Hospital Stress Rating Scale, Nursing Support Scale, hoitoon käytetty aika ja kustannukset.	Yksilövastuinen hoitotyön paransi hoitotyön laatua, sairaanhoitajien stressi ei ollut suurempi kuin ryhmätyötä tekevillä, kun uusi toimintamalli oli ensin tullut tutuksi. Hoitajien vaihtuvuus (etenkin enemmän koulutetuilla) oli pienempää yvht:n mukaan toimivilla osastoilla. Myös kustannukset olivat pienemmät yksilövastuisesti toimivilla osastoilla, koska näillä osastoilla oli vähemmän hallintoa, vähemmän hoitajia potilasta kohti ja käytettiin vähemmän sijaishenkilöstöä. Tutkimuksen luotettavuus on hyvin pohdittu.

Tutkija ja tutkimuksen julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite tai tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä ja tutkimuksen laajuus	Keskeiset tulokset
Boumans & Landeweerd 1996 Hollanti ja Nissen, Boumans ja Landeweerd 1997 Hollanti	Tutkittiin yksilövastuisten hoitotyön vaikutusta sairaanhoitajien työn itsenäisyyteen ja vastuullisuuteen, työstä palautteen saamiseen ja työn vaatavuuteen sekä yksilövastuisten hoitotyön vaikutusta potilaan saamaan hoidon laatuun.	Kvasikokeellinen tutkimus sekä potilaille että hoitajille. 5 osastoa (2 tutk. os. ja 3 kokeilu os.). 3 mittaus (1. mittaus n=(hoit) 145, (pot) 99, 2. mittaus n=(hoit) 131, (pot) 104, 3. mittaus n=(hoit) 119, (pot) 100). Tutk.aika 1v 2kk. Strukturoitu kysely hoitajille. Interventiona hoitajien opetus ja työn uudelleen järjestely. Lacko-scalea käytettiin tiedon keräämisessä potilailta. Tietoa kerättiin myös pot. asiakirjoista, haastattelemalla ja havainnoidulla. Mittarien validiteetti ja reliabiliteetti oli testattu. Tutkimuksen luotettavuutta ei pohdittu.	Yvht:n siirtymisen jälkeen (14 kk) ei havaittu muutoksia sh:n työn itsenäisyydessä, vastuullisuudessa, työstä palautteen saamisesta eikä työn vaatavuudessa. Sen sijaan ht:n johtajien asema korostui ja tiiminjohtajien vaikutus lisääntyi ja lääkärin vaikutus väheni. Tietyillä potilaan hoidon osa-alueilla (osallistum. omaan hoitoon, potilaan kokema stressi ja tyytyväisyys hoitoon) tapahtui lievää paranemista siirryttäessä yksilövastuiseen hoitotyöhön; muuten yksilövastuinen hoitotyö (hollantilaisen mallin mukaan) ei parantanut hoidon laatua.
Melchior, Halfens, Abu-Saad, Philipsen, van den Berg ja Gassman 1999 Hollanti	Yksilövastuisten hoitotyön vaikutusta työhön liittyviin tekijöihin (työn kuormittavuus, itsenäisyys, kollegiaalinen tuki, hoitotyön toiminnot, osastolla vallitseva johtamistyyli, hoitotyön malli ja hoitotyön prosessi).	Kvasikokeellinen tutkimus. 492 hoitajaa randomoitiin tutkimukseen eri puolilta Hollantia pitkäaikaispsykiatrisilta osastoilta. Alkumittaus, sitten interventiona yvht:n siirtyminen. Seurantamittaus 2,5 v kuluttua. Strukturoitu kysely hoitajille. (5 osa-alueella) muodostui 5 eri mittarista, joiden luotettavuus on hyvin kuvattu. Tutkimuksen luotettavuutta pohdittiin.	Yvht:n siirtyminen lisäsi työn itsenäisyyttä ja selkeyttä. Hoitajat työskentelivät enemmän potilaskeskeisesti. Hoitajat eivät kokeneet kollegiaalisen tuen lisääntyneen. Henkilökuntaan keskittyvä johtaminen (mm. hk:n viihtyvyyteen, hyvinvointiin ja työtyytyväisyyteen) näytti vaikuttavan niin, että hoitajat käyttivät enemmän yvht:n mallia. Tutkimuksen ongelmana oli tukittavien kato / vaihtuvuus.

5. TEOREETTISTEN LÄHTÖKOHTIEN YHTEENVETO

Hoitotyön periaatteiden (ihmisarvo, yksilön kunnioittaminen) katsotaan parhaiten toteutuvan yksilövastuiseen hoitotyön mallissa. Toisaalta on myös väitetty, että mikäli potilaita hoidetaan jonkun tietyn hoitomallin tai ohjelman mukaan, yksilöllisyys katoaa hoidosta (Suhonen 1997).

Yksilöllinen hoito potilaan kokemana voi tapahtua missä tahansa työnjakomallissa, sillä yksilöllinen hoito eroaa muusta hoidosta siinä, että hoitaja sitoutuu potilaan tilanteeseen ja antaa hänelle osallistumismahdollisuuden. Yksilövastuinen hoitotyö antaa tähän parhaimmat ympäristön ja organisaation taholta tulevat puitteet (van Servellen 1988, Suhonen 1997.) Tässä teoriaosassa esitellyissä yksilövastuiseen hoitotyön tutkimuksissa ja kokeiluissa yksilövastuiseen hoitotyön mallia käytävillä osastoilla potilaan arvioima hoidon laatu ei usein poikennut esimerkiksi ryhmätyömallia käyttäviin osastoihin verrattuna. Sen sijaan sairaanhoitajat kokivat joidenkin työhön liittyvien tekijöiden (itsenäisyys, vastuullisuus) toteutuvan paremmin yksilövastuudessa hoitotyössä. Näin ollen yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamisen, ammatillisen kasvun ja aseman paranemisen. Tätä kautta yksilövastuinen hoitotyö näyttäisi mahdollistavan siirtymisen hoitotyön kehittyneimpään muotoon, professionaaliseen hoitotyöhön, johon kuuluu itsenäisyys, potilaskeskeinen päätöksenteko, vastuullisuus, tasavertainen yhteistyösuhde potilaan kanssa, tutkimukseen perustuva hoitotyö, kollegiaalinen yhteistyö muiden potilaan hoitoon osallistuvien kanssa ja potilaan edustajana toimiminen. (Rutty 1998, Wade 1999.)

Kun halutaan mitata yksilövastuiseen hoitotyön toteutumista, pitäisi yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden yksilöllisyys, jatkuvuus, kattavuus, vastuullisuus, koordinointi ja itsenäisyys näkyä hoitajan toiminnassa. Yksilöllisesti hoidetun potilaan pitäisi voida tuntea tulleensa hoidetuksi yksilönä, kohdatuksi tasavertaisena ja kokea saaneensa osallistua hoitoonsa koskeviin päätöksiin. Potilaan pitäisi myös kokea, että hoito on ollut joustavaa, oikea-aikaista ja hänen pitäisi tietää, kuka vastaa hänen hoidostaan. Tutkimusten mukaan potilaat pitävätkin näitä tekijöitä hyvän hoidon laadun kuvaajina.

6. TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimme yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä sekä potilaiden sekä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimusta varten laadimme mittarit erikseen sekä potilaille että hoitajille.

Tutkimustehtävät:

1. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä potilaiden arvioimana?
2. Miten yksilövastuinen hoitotyö toteutuu Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä hoitajien arvioimana?

7. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Kansainvälisten sopimusten mukaan ihmistutkimuksessa on noudatettava kolmea peruseriaa: ihmisen kunnioittaminen, ihmisen loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Näiden periaatteiden toteuttamiseksi potilaita pitää informoida sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksesta. Hänelle täytyy antaa kirjallinen tutkimusselvitys, missä näkyy tutkimuksen tarkoitus ja tutkimukseen osallistumiseen vapaaehtoisuus. (Jackson 1994)

7.2 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat Pohjois-Karjalan keskussairaalan operatiivisten ja konservatiivisten osastojen 15.11.2001 – 15.1.2002 hoidossa olleet potilaat ja näiden osastojen hoitohenkilökunta. Tutkimukseen osallistui myös kahden psykiatrisen osaston potilaat (os. 51 ja 57) sekä näiden osastojen hoitohenkilökunta. Tutkimukseen osallistuivat lisäksi sisätautien- ja kirurgian poliklinikan, teho-osaston ja ensiapu / tarkkailuosaston henkilökunta. Myös päiväkirurgisesta yksiköstä osallistui 10 potilasta ja 15 hoitajaa tutkimukseen viikolla 4 / 2002. Tutkimuslupa anottiin hallintoylihoitajalta (liite 1).

Tutkimukseen osallistuneille osastoille ja yksiköille jaettiin marraskuun 2001 puolivälissä 474 kyselylomaketta potilaille ja 486 kyselylomaketta hoitohenkilökunnalle.

Osastonhoitajat jakoivat kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle. Vastaajat palauttivat lomakkeet suljetussa kirjekuoressa tutkijoille. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet niille potilaille, jotka suostuivat tutkimukseen ja olivat fyysisesti ja psyykkisesti sen kuntoisia, että kykenivät siihen vastaamaan. Potilaat täyttivät kyselylomakkeet kotiinlähtövaiheessa ja palauttivat ne suljetussa kirjekuoressa osaston kansliaan, josta tutkijat hakivat ne.

Tutkimukseen vastanneet on esitetty osastoittain liitetaulukoissa 1 ja 2. Tutkimusaikana kyseisillä osastoilla hoidettiin 3845 potilasta, joten tutkimukseen osallistui 12,3 prosenttia hoidossa olleista potilaista. Hoitohenkilökuntaa oli tutkimusaikana työssä 489. Hoitajat palauttivat 330 vastausta, joten vastausprosentti oli 68 %. Potilaat palauttivat jaetuista lomakkeista 362, joista jouduimme hylkäämään 16, koska ne olivat täytetty puutteellisesti, joten hoidetuista potilaista kyselyyn vastasi 9 %. Lopullinen potilaskyselyn lomakkeiden palautusprosentti oli 73 %, kolmella osastolla potilaskyselyn lomakkeiden palautusprosentti jäi alle 50 %. (Liitetaulukko 1 ja 2)

7.3 Vastaajien taustatiedot

7.3.1 Potilaiden taustatiedot

in567Potilaista lähes 60 % oli naisia. Tutkittavien ikä vaihteli 16 – 87 vuoden välillä (ka. 53,8 v). Enemmistö tutkittavista (62 %) oli naimisissa tai avoliitossa. Noin 40 % oli käynyt ammattikoulun tai – kurssin, korkeakoulun oli käynyt lähes 11 %. Tutkittavista eniten kuului työntekijä- ammattiryhmään (noin 38 %). Tutkittavista enemmistö oli eläkkeellä (51 %), työssä oli 28 %. Potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 8 vrk (vv. 1- 120 vrk), kun sairaalassaoloaika luokiteltiin, potilaista lähes 68 % sijoittui kolmeen ensimmäiseen luokkaan (välille 1 – 10 päivää). Tutkittavat olivat sairaalassa useimmiten kutsuttuna leikkauksessa (32 %) tai päivystyspotilaana tutkimuksessa tai hoidossa (30 %). Terveystilansa tutkittavat ilmoittivat olevan hyvä (asteikolla 1 ”erittäin hyvä” – 5 ”erittäin huono” ka. oli 3). Potilaat arvioivat keskimäärin 3,6 hoitajan hoitaneen heitä vuorokauden aikana (vv. 1 – 20). Useimmin (29 %) potilaista oli hoitanut 2 – 3 hoitajaa vuorokauden aikana. Tutkittavista melkein puolet (158) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Potilaiden taustatiedot (n=346)

Taustamuuttuja	fr	%	Taustamuuttuja	fr	%
Sukupuoli			Työssäolo		
nainen	207	60	työelämässä	89	27
mies	137	39	työtön	27	8
tieto puuttuu	2	1	opiskelija	15	4
			eläkkeellä	178	50
Ikä			muu	35	10
alle 30 v	36	10	tieto puuttuu	2	1
31 – 40 v	37	11			
41 – 50 v	64	18	Luokiteltu sairaalassaoloaika		
51 – 60 v	71	21	1 - 2 pv	79	23
61 – 70 v	80	23	3 – 5 pv	77	22
yli 71	51	15	6 – 10 pv	78	23
tieto puuttuu	7	2	11 – 15 pv	26	8
			yli 16 pv	22	6
			tieto puuttuu	64	18
Siviilisäät					
naimaton	48	14	Sairaalassa olon syy		
naimisissa /avoliitto	214	62	kutsuttuna leikkauksessa	109	32
eronnut	37	11	päiv. pot. leikkauksessa	25	7
leski	43	12	päiv. pot. hoidossa		
tieto puuttuu	4	1	/ tutkimuksessa	102	30
			kutsuttuna hoidossa /		
Ammatti			tutkimuksessa	54	15
maanviljelijä /emäntä	31	10	synnytys	19	5
työntekijä	132	39	muu syy	32	10
alempi toimihenkilö	69	21	tieto puuttuu	5	1
ylempi toimihenkilö	29	8			
yrittäjä	11	4	Terveydentila		
opiskelija	9	3	erittäin hyvä	19	5
tieto puuttuu	52	15	melko hyvä	147	42
			hyvä	99	29
Koulutus			melko huono	72	21
ei ammattikoulutusta	96	28	erittäin huono	7	2
ammattikoulu / kurssi	144	42	tieto puuttuu	2	1
opistotaso	60	17			
korkeakoulu	37	11			
tieto puuttuu	9	2			
Hoitavien hoitajien määrä vuorokauden aikana					
1 hoitaja	14	4			
2 – 3 hoitajaa	99	29			
4 – 6 hoitajaa	66	19			
7 – 10 hoitajaa	7	2			
yli 11 hoitajaa	2	1			
tieto puuttuu	158	45			

7.3.2 Hoitajien taustatiedot

Hoitohenkilökunnan keski-ikä oli noin 41 v (vv. 22 - 58). Eniten hoitajia oli ikäluokassa 41 – 45 vuotta (19 %), vähiten ikäluokassa alle 25 v (noin 4 %). Vastaajista oli sairaanhoitajia 72 %, seuraavaksi eniten oli perushoitajia (noin 12 %). Tutkittavat olivat työskennelleet terveydenhuoltoalalla keskimäärin 15,7 vuotta (vv. 0,5 v – 37 v). Eniten tutkittavia oli luokassa yli 26 vuotta (18 %), seuraavaksi eniten luokassa 2 – 5 vuotta (17 %). Vähiten tutkittavia oli luokassa alle 1v (4 %). Tutkittavat olivat työskennelleet nykyisellä osastolla keskimäärin 8 vuotta (vv. 2 kk – 35 v). Eniten tutkittavista kuului luokkaan 2 - 5 v (30 %), toiseksi eniten luokkaan 6 – 10 v (26 %). Vähiten oli luokassa 21 – 25 vuotta (noin 4 %). (Taulukko 4.)

Liitetaulukossa 3 ja 4 on tarkasteltu osastoittain työskentelyaika terveydenhuollossa ja nykyisellä osastolla. Terveydenhuoltoalalla alle 1 vuoden työskennelleitä oli eniten osastolla 10 (4 hoitajaa). Kolmasosalla (9 os.) tutkituista yksiköistä (27 os.) oli vain 1 työntekijä, joka oli työskennellyt alle vuoden terveydenhuoltoalalla. Yli 26 vuotta alalla olleita oli eniten osastolla 9 ja Lyhki – yksikössä (6 hoitajaa). Alle vuoden nykyisellä osastolla työskennelleitä oli eniten osastolla 9 (6 hoitajaa) ja osastolla 10 (5). 21 – 25 vuotta samalla osastolla työskennelleitä oli eniten osastolla 9 ja teho – osastolla (4 hoitajaa). Yli 26 vuotta samalla osastolla työskennelleitä oli eniten osastolla 5 (3 hoitajaa). (Liitetaulukko 3 ja 4)

Taulukko 4. Hoitajien taustatiedot (n= 330)

Taustamuuttuja	fr	%	Taustamuuttuja	fr	%
Ikä			Ammatti		
alle 25 v	14	4	sairaanhoitaja	239	72
26 – 30 v	40	12	kättilö	18	5
31 – 35 v	36	11	perushoitaja	38	11
36 – 40 v	55	17	lastenhoitaja	12	4
41 – 45 v	63	19	mielenterveyshoitaja	10	3
46 – 50 v	48	14	muu	12	4
yli 51 v	58	18	tieto puuttuu	1	1
tieto puuttuu	16	5			
Th – alalla työskentelyaika			Työskentelyaika nyk. osastolla		
alle 1 v	13	4	alle 1v	52	16
2 – 5 v	55	17	2 - 5 v	99	30
6 - 10 v	48	14	6 – 10 v	85	26
11 – 15 v	48	14	11 – 15 v	44	13
16 – 20 v	52	16	16 – 20 v	21	6
21 – 25 v	53	16	21 – 25 v	12	4
tieto puuttuu	3	1	tieto puuttuu	4	1

7.4. Mittarin laadinta

Tämä tutkimus on luonteeltaan poikkileikkaustutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin potilailta ja hoitajilta strukturoidulla kyselylomakkeella (liitteet 2 ja 3). Lomakkeet kehitettiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeet perustuvat yksilöllistä hoitoa ja yksilövästuista hoitotyötä käsitteleviin hoitotieteellisiin artikkeleihin ja aikaisempiin tutkimustuloksiin, joista tämän tutkimuksen teoreettinen tausta on koottu. Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kysely, koska tutkittavien määrät ovat suuret ja tarkoituksena on myös kehittää yksilövästuisen hoitotyön toteutumista selvittävä laatumittari. Mittaria on tarkoitus käyttää toistuvasti. Kyselytutkimus on myös helpommin toteutettavissa kuin esimerkiksi haastattelututkimus suuren otoskoon ja resurssien vähäisyyden vuoksi. (Grey 1994, Burns ja Grove 1997.)

Potilaan kyselylomake sisälsi 56 kysymystä, joista 53 oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli 4 avointa kysymystä. Lomakkeen alussa oli tutkittavien taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä (1-10 ja 32). Ikää, sairaalassaolon pituutta ja hoitavien henkilöiden määrää mittaavat kysymykset olivat suhdelukuasteikollisia muuttujia. Sukupuolta, perhesuhdetta, ammattia, koulutusta, sairaalassaolon syytä ja terveydentilaa mittaavat kysymykset ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Muut kysymykset, jotka mittasivat omahoitajuutta ja yksilöllisyyden kokemista olivat luokittelu- tai järjestysasteikollisia muuttujia. Periaatteessa Likert – tyyppinen asteikko on järjestysasteikko, mutta esimerkiksi hoitotieteessä sitä voidaan pitää välimatka-asteikkona, koska suuressa vastaajajoukossa voidaan olettaa etäisyyksien vakioituvan eri kohdille asteikkoa. (Erätuuli ym. 1994, Alkula, ym. 1994.) Taulukossa 5 on esitetty mittarin muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset.

Hoitajien kyselylomake sisälsi 57 kysymystä, joista 56 oli valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä monivalintakysymyksiä, lisäksi mukana oli 1 avoin kysymys. Lomakkeen alussa oli tutkittavien taustamuuttujia selvittäviä kysymyksiä (1-5). Ikä ja työskentelyaika ovat suhdelukuasteikollisia muuttujia. Sukupuolta, ammattia, osastoa ja toimintamallia koskevat kysymykset ovat luokitteluasteikollisia muuttujia. Muut kysymykset, jotka mittaavat pääasiassa yksilövästuisen hoitotyön periaatteiden toteutumista, ovat järjestysasteikollisia muuttujia. Kysymyslomakkeen loppuun on lisätty yksi avoin kysymys, jotta tutkittavat

voivat kertoa omista kokemuksistaan. Taulukossa 6 on esitetty mittarin muuttujat ja niitä selvittävät kysymykset.

Taulukko 5. Potilasmittarin käsitteet ja niitä selvittävät kysymykset

Käsitteet	Kysymysten numerot	
Tutkittavien taustatiedot	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 32	(yht. 11)
<i>Omahoitajuus</i>		
Omahoitajan tehtävät	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	(yht. 7)
Tietoisuus omahoitajasta	11, 12, 13, 30	(yht. 4)
Yhteistyösuhde	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	(yht. 8)
Arvio omahoitajasta	31, 55, 56	(yht. 3)
Aika resurssi	36, 47	(yht. 2)
<i>Yksilöllisyyden kokeminen</i>		
Tasavertaisuus	29, 34, 39, 41, 48, 49	(yht. 6)
Osallistuminen omaa hoitoa koskeviin päätöksiin	33, 37, 38, 40	(yht. 4)
Joustavuus ja oikea-aikaisuus	42, 35, 50, 53	(yht. 4)
Jatkuvuus	43, 44, 45, 46, 51, 52, 54	(yht. 7)
Kysymyksiä yhteensä 56		

Taulukko 6. Hoitajien mittarin käsitteet ja niitä selvittävät kysymykset

Käsitteet	Kysymysten numerot	
Taustatiedot	1, 2, 3, 4, 5	(yht. 5)
Toimintamalli	6, 7, 8	(yht. 3)
Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet:		
Potilaskeskeinen hoito	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 28, 43	(yht.11)
Vastuullisuus / itsenäisyys	29, 31, 32, 33, 34, 36,37, 38, 39, 40, 41, 45, 46	(yht. 13)
Jatkuvuus / Koordinointi	9, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 30	(yht. 9)
Osastonhoitajan rooli yksilövastuisessa hoitotyössä	35, 47, 48, 49, 50, 51, 52	(yht. 7)
Edellytykset yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiseen	24, 27, 42, 44, 53	(yht. 5)
Koulutus	54, 55, 56	(yht. 3)
Avoin kysymys	57	(yht. 1)
Kysymyksiä yhteensä 57		

7.5 Mittarin luotettavuus

Uuden mittarin laatiminen edellyttää mittarin luotettavuuden pohdintaa tutkimuksen suunnitteluvaiheen aikana ja koko tutkimusprosessin ajan. Validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata niitä ominaisuuksia, joita sen on tarkoituskin mitata. Validiteetti määritellään usein todellisen ja havaitun arvon väliseksi yhtäpitävyydeksi. Heikko sisäinen validiteetti aiheuttaa systemaattisen harhan tuloksiin ja heikentää siten tulosten luotettavuutta. Ihmistieteissä validiuskysymys liittyy aina erityisesti operationalisoinnin vaikeuteen. Abstraktisen käsitteen muuttaminen mittarin osioksi edellyttää teoreettista pohdintaa. (Nunnally 1978, Burns & Grove 1997.)

Koska mittari laadittiin tätä tutkimusta varten kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella, mittarin luotettavuuden kannalta on oleellista pohtia validiteettia ja reliabiliteettia. Validius on tulosta ajatusprosessista, jossa tutkija käyttää aiheen tuntemustaan, aikaisempia tutkimuksia ja yleistä logiikkaa vakuuttaakseen itsensä ja muut valittujen indikaattoreiden järkevyydestä. (Alkula ym. 1994, 89 - 90.) Mittarin validiteettia pyrittiin parantamaan tutustumalla huolellisesti yksilöllistä hoitoa ja yksilövastuista hoitotyötä käsittelevään kirjallisuuteen ja aiheesta tehtyihin tutkimuksiin.

Mittarin validiteettia pyrittiin lisäämään esitestauksella. Esitestauksella voidaan tarkistaa, miten mittari kattaa tutkittavan alueen ja onko kysymykset ymmärretty oikein. Kyselylomakkeet esitettiin 20 hoitajalle ja 20 potilaalle. Vastausten ja kommenttien perusteella korjattiin hoitajien lomakkeessa kysymyksiä 30 ja 31 paremmin ymmärrettäviksi. Vastaavaa hoitajaa täsmennettiin sanalla ryhmän vastaava hoitaja.

Potilaslomakkeen kysymyksiä ei muutettu esitestauksen perusteella. Ongelmana oli, etteivät potilaat tienneet, oliko heillä omahoitajaa sairaalassa ollessaan. Asiasta neuvoteltiin ylihoitajien kanssa, neuvottelun tuloksena päädyttiin säilyttämään kysymykset.

Käyttämällä pääasiassa valmiita vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä, on olemassa vaara, että tutkijoiden ajattelu ohjaa vastaajia. Tätä vaaraa pyrittiin välttämään huolellisella paneutumisella etukäteen tutkittavaa ilmiötä koskevaan kirjallisuuteen. Toisaalta tutkittavien on helppo vastata strukturoituun kyselyyn, mutta strukturoidut kysymykset saattavat myös houkutella tutkittavia vastaamaan kysymyksiin, vaikka heillä ei olisi näkemystä tai tietoa asiasta. (Nunnally 1978, LoBiondo-Wood & Haber 1994.) Avointen kysymysten avulla annettiin tutkimukseen osallistuville mahdollisuus tuoda paremmin esille oma näkemyksensä tutkittavasta aiheesta.

Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauskohteen pysyvyyttä ja ei-sattumanvaraisuutta; reliabiliteetti on sitä suurempi, mitä vähemmän tuloksissa on sattumanvaraisuutta. (Alkula ym. 1994.) Reliabiliteettia ilmentävät mittarin sisäinen kiinteys ja pysyvyys uusintamittauksissa. Sisäinen kiinteys voidaan arvioida uudelleenmittauksella, rinnakkaismittauksilla ja / tai mittarin samaa ilmiötä eri puolilta mittaavien osioiden korrelaatiolla. (Nunnally 1978, Burns & Grove 1997.) Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esitestauksella ja hyvillä ohjeilla. Näiden mittareiden esitestaus tehtiin 20 potilaalle

ja hoitajalle ja kyselylomakkeiden alussa oli selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja siinä oli kirjalliset ohjeet vastaajille lomakkeen täyttämistä varten. Osaston henkilökunta antoi myös suulliset ohjeet potilaille lomakkeita jakaessaan.

7.6 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 10.1 tilasto – ohjelmistolla. Tilastollinen kuvaus tapahtuu frekvenssi – ja prosenttijakaumina sekä ristiintaulukointeina. Samaa asiaa mittaavista muuttujien osioista muodostimme summamuuttujia. Taustamuuttujien ja summamuuttujien välistä yhteyttä testattiin, jotta saataisiin selville ryhmien välisiä eroja. Khiin neliötestillä selvitettiin taustatekijöiden yhteyttä tutkittavaan ilmiöön ja ristiintaulukoitaessa kahden muuttujan riippumattomuutta toisistaan. Käytämme p-arvoja yleisesti sovitulla tavalla ($p < 0.001$ = ero tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,01$ = ero on tilastollisesti merkitsevä, $p < 0,05$ = ero on tilastollisesti melkein merkitsevä, $p > 0.05$ = ero ei tilastollisesti merkitsevä). Silloin, kun X^2 - testin käyttöehdot (kaikki odotetut frekvenssit ovat suurempia kuin yksi ja korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin viisi) eivät toteutuneet, käytimme useampien ryhmien vertailussa Kruskal - Wallisin yksisuuntaista varianssianalyysiä. Kahden järjestysasteikollisen muuttujan välistä riippuvuutta mitattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. (Alkula ym. 1994, Burns & Grove 1997.)

7.6.1 Hoitajien mittarin aineisto

Taustamuuttujat luokiteltiin uudestaan. Hoitajien ikä luokiteltiin 7 luokkaan (alle 25v, 26 – 30v, 31 – 35v, 36 – 40v, 41 – 45v, 46 – 50v ja yli 51v). Hoitajien terveydenhuoltoalalla työskentelyaika ja työskentelyaika nykyisellä osastolla luokiteltiin uudelleen 7 luokkaan (alle 1v, 2 – 5v, 6 – 10v, 11 – 15v, 16 – 20v, 21 – 25v ja yli 26v).

Muuttujajoukon tiivistämiseksi teimme ensin eksploratiivisen faktorianalyysin. Analyysiin sisällytimme muuttujat 9 – 53. Käytimme pääkomponenttimenetelmää ja varimax – rotaatiota. Näin saimme 5 faktoria. Faktoreiden lataukset vaihtelivat .26 -.75 välillä. (Liitetaulukko 5.) Nimesimme faktorit ja muodostimme näin summamuuttujat. Potilaskeskeistä hoitotyötä kuvaamaan muodostimme summamuuttujan ”potilaskeskeinen hoitotyö” laskemalla yhteen kysymykset (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 28.).

Summamuuttuja sai arvoja 10 – 40 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1-10 = 1 (täysin eri mieltä), 11 – 20 = 2 (lähes eri mieltä), 21 – 30 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 31– 40 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 3,25 ja alfa 0.84.

Hoitotyön periaatetta itsenäisyys / vastuullisuus kuvaamaan laadimme summamuuttujan ”itsenäisyys / vastuullisuus” laskemalla yhteen muuttujat (31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46). Negatiiviset osiot 32, 33, 38 ja 40 käännettiin ensin samansuuntaiseksi muiden osioiden kanssa. Summamuuttuja sai arvoja 13 – 48 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 12 = 1 (täysin eri mieltä), 13 – 23 = 2 (lähes eri mieltä), 24 – 35 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 36 – 48 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 3,47 ja alfa 0.83.

Hoidon jatkuvuutta ja koordinoitua kuvaamaan laadimme summamuuttujan ”jatkuvuus / koordinoitua” laskemalla yhteen muuttujat (9, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 30). Summamuuttuja sai arvoja 9 – 36 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 8 = 1 (täysin eri mieltä), 9 – 17 = 2 (lähes eri mieltä), 18 – 26 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 27– 36 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0.76.

Osastonhoitajan roolia yksilövastuisessa hoitotyössä kuvaamaan laadimme summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli” laskemalla yhteen muuttujat (35, 47, 48, 49, 50, 52). Summamuuttuja sai arvoja 6 – 24 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 6 = 1 (täysin eri mieltä), 7 – 11 = 2 (lähes eri mieltä), 12 – 18 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 19 – 24 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 2,94 ja alfa 0.79.

Yksilövastuisen hoitotyön edellytysten kuvaamiseksi laadimme summamuuttujan ”edellytykset” laskemalla yhteen muuttujat (24, 27, 42, 44, 53). Summamuuttuja sai arvoja 1–20 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1 - 4 = 1 (täysin eri mieltä), 5– 9 = 2 (lähes eri mieltä), 10– 14 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 15– 20 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 2,8 ja alfa 0.71.

7.6.2 Potilasmittarin aineisto

Taustamuuttujat luokiteltiin uudelleen. Potilaiden ikä luokiteltiin 6 luokkaan (alle 30v, 31-40v, 41-50v, 51-60v, 61-70v ja yli 71v). Ammatti luokiteltiin 6 luokkaan (1= maanviljelijä /

emäntä, 2= työntekijä, 3= alempi toimihenkilö, 4= ylempi toimihenkilö, 5= yrittäjä, 6= opiskelija). Sairaalassa oloaika luokiteltiin 5 luokkaan (1-2 pv, 3-5 pv, 6-10 pv, 11–15 pv yli 16 pv). Sairaalassa olon syytä tarkasteltaessa erotettiin luokasta muu syy vielä synnytys omaksi ryhmäkseen. Vuorokaudessa potilaan hoitoon osallistuvien hoitajien määrä luokiteltiin 5 luokkaan (1 hoitaja, 2-3 hoitajaa, 4-6 hoitajaa, 7-10 hoitajaa ja yli 11 hoitajaa.)

Osasto luokiteltiin myös luokkiin 1= konservatiivinen osasto (1a, 1b, 1g, 3a, 4, 5, 6, 8) 2 = operatiivinen osasto (2a / c, 2b, 2g, 3b, 3c, 9, 11) 3 = psykiatrinen osasto (51, 57) ja 4 = toimenpide osasto (tarkk. os., lyhki). Kysymys omahoitajasta luokiteltiin uudelleen; luokka 1 (kyllä) pysyi ennallaan ja luokkaan 2 (ei) yhdistettiin luokat 3 (en halunnut) ja 4 (en tiedä).

Muuttujajoukon tiivistämiseksi teimme eksploratiivisen faktorianalyysin. Analyysiin sisällytimme muuttujat 33-35, 37-41, 43-46 ja 48-54. Käytimme pääkomponenttimenetelmää ja varimax – rotaatiota. Näin saimme 3 faktoria. Faktoreiden lataukset vaihtelivat .41 - .80 välillä. (Liitetaulukko 6.) Nimesimme faktorit ja näistä faktoreista teimme summamuuttujia laskemalla muuttujat yhteen.

Muodostimme summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon” laskemalla yhteen muuttujat 33, 34, 35, 37, 39, 40, 41, 49 ja 51. Summamuuttuja voi saada arvoja 1-36 ja se luokiteltiin uudelleen siten, että 1- 9 = 1 (täysin eri mieltä), 10–18 = 2 (lähes eri mieltä), 19–27 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 28–36 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 3,3 ja alfa 0,86. Summamuuttuja ”joustavuus ja oikea-aikaisuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 38, 43, 48, 50, 52 ja 53. Muuttuja sai arvoja 1-24 ja se luokiteltiin uudelleen: 1-6 = 1 (täysin eri mieltä), 7-12 = 2 (lähes eri mieltä), 13-18 = 3 (lähes samaa mieltä) ja 19-24 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,4 ja alfa 0,76. Summamuuttuja ”hoidon jatkuvuus” muodostettiin laskemalla yhteen muuttujat 44, 45, 46 ja 54. Muuttuja sai arvoja 1-16 ja se luokiteltiin uudelleen: 1-4 = 1 (täysin eri mieltä), 5–8 = 2 (lähes eri mieltä), 9-12 = 3 (lähes samaa mieltä), 13–16 = 4 (täysin samaa mieltä). Summamuuttujan keskiarvo oli 3,5 ja alfa 0,72.

8. TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Hoitajien kyselyn tulokset

8.1.1 Osaston toimintamalli

Eniten hoitajat ilmoittavat toimivansa yksilövastuiseen toimintamallin mukaan (n= 155) (liitetaulukko 7). Tutkimusaikana operatiivisen osaston 2 B hoitajat ilmoittivat, ettei heillä ole sovittuna toimintamallina yksilövastuinen hoitotyö. Toiseksi eniten hoitajat ilmoittivat toimivansa moduli – tai ryhmätyömallin mukaan (yhteensä 77 vastaajaa). Tiimi – mallia noudatti 22 hoitajaa ja yksilövastuiseen – ja modulimallin yhdistelmää 23 hoitajaa. Seitsemän hoitajan mielestä osastolla oli sovittuna hoitotyön mallina tehtäväkeskeinen toimintamalli. Jokin muu malli oli osastolla käytössä 44 vastaajan mukaan (esim. yks + tiimi 13, yks + ryhmä 9, ryhmä + mod 5, teht + ryhmä 5, teht + yks 3). Osastoilla 1G, 3 B, 3C ja 3E oli ainoana sovittuna toimintamallina yksilövastuinen hoitotyö; muilla osastoilla oli jopa viisi erilaista sovittua hoitotyön toimintamallia. (Liitetaulukko 7.)

Yleisimmin omahoitajana toimi työpari (sh + ph, sh + sh, sh + lh, sh + kät, sh + mth). Yksin omahoitajana toimi 68 sairaanhoitajaa. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Omahoitajana toimivat ammattiryhmät (fr, %)

Ammattiryhmä	fr	%
Sairaanhoitaja	68	21
Kätilö	8	2
Työpari	211	65
Muu	41	12
Yhteensä	328	100

Yli 80 % vastaajista piti yksilövastuista hoitotyötä sekä toimintamallina että filosofiana. Osastolla 10 ja teho – osastolla enemmistö vastaajista piti yksilövastuista hoitotyötä toimintamallina. Osasto 4 ja osasto 57 vastaajat pitivät yksilövastuista hoitotyötä pääasiassa filosofiana. (Taulukko 8.) Neljä vastaajaa oli määritellyt yksilövastuiseen hoitotyön muuten, esimerkiksi yhteisöhoitona, omana sovelluksena ja Parsen - mallina.

Taulukko 8. Yksilövastuuden hoitotyön määrittely osastoittain (fr, %)

Osasto	Yksilövastuuden hoitotyön määrittely									
	Toimintamalli		Toimintamalli / Filosofia filosofia				Muu		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
10	8	38	1	5	12	57			21	100
11	1	20			4	80			5	100
1A	2	15			10	77	1	8	13	100
1B	2	17			10	83			12	100
1G					9	100			9	100
2A/C	5	18	1	3	22	79			28	100
2B	2	11			15	89			17	100
2G	3	20			12	80			15	100
3A	4	25	1	6	11	69			16	100
3B					10	100			10	100
3C	1	7			14	93			15	100
3E	1	17			5	83			6	100
4	1	9			9	82	1	9	11	100
5			1	7	14	93			15	100
51	2	14	3	22	7	50	2	14	14	100
57	1	11			8	89			9	100
6			2	15	11	85			13	100
8	1	9	1	9	9	82			11	100
9	3	20			12	80			15	100
EA	1	7	1	7	12	86			14	100
Kir.pkl					5	100			5	100
Lyhki	1	7			13	93			14	100
Sis.pkl	2	29			5	71			7	100
Teho	8	29			20	71			28	100
Yhteensä	49	15	11	4	259	80	4	1	323	100

8.1.2 Hoitotyön periaatteet

8.1.2.1 Potilaskeskeisyys

Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” saa arvoja 2,8 – 3,8 (ka. 3,27). Lähes kaikki ovat samaa mieltä väittämistä ”annan potilaalle tietoa tilanteesta” ja ”huomioin potilaan toiveet”. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien ”potilaat tietävät kuka vastaa heidän hoidostaan” ja ”teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa” kesken. (Taulukko 9) Taulukossa 10 on väittämää kuvaavat suorat jakaumat ja taulukossa 11 on samaa asiaa tarkasteltu ammattiryhmittäin. Sairaanhoitajista 39 % ja perushoitajista 46 % on täysin tai osittain eri mieltä väittämästä ”teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa”.

Taulukko 9. Summamuuttuja ”potilaskeskeinen hoitotyö” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,84$, ka 3,25 (n=317)

Potilaskeskeistä hoitoa kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	alfa
Teen hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa	2,8	0.55	0.81
Annan potilaalle tietoa tilanteesta	3,8	0.43	0.83
Arvioin hoitotyötä potilaan kanssa	3,1	0.59	0.82
Hoitotyönsuunnitelma ohjaa toimintaani	3,4	0.45	0.83
Huomioin potilaan toiveet	3,7	0.40	0.83
Potilaat osallistuvat päätöksiin	3,1	0.58	0.82
Potilaani tietävät hoidostaan	3,5	0.57	0.82
Potilaat tietävät, milloin olen työssä	3,0	0.57	0.82
Potilaat saavat hoitosuunnitelmaan perustuvaa hoitoa	3,2	0.47	0.83
Potilaat tietävät, kuka vastaa heidän hoidostaan	2,9	0.59	0.82

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Taulukko10. Hoitosuunnitelman tekeminen potilaan kanssa (fr, %)

Teen hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa		
	fr	%
Täysin eri mieltä	19	5
Lähes eri mieltä	96	29
Lähes samaa mieltä	157	48
Täysin samaa mieltä	56	18
Yhteensä	328	100

Taulukko 11. Hoitosuunnitelman tekeminen potilaan kanssa ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Teen hoitosuunnitelmaa potilaan kanssa									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	15	6	77	33	112	47	33	14	237	100
Kätilö					13	72	5	28	18	100
Perushoitaja	4	10	14	37	15	40	5	13	38	100
Lastenhoitaja			2	17	7	58	3	25	12	100
Mielenterveyshoitaja					4	40	6	60	10	100
Muu			3	25	5	42	4	33	12	100
Yhteensä	19	5	96	30	156	48	56	17	327	100

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, että vain ammattiryhmällä oli tilastollisesti merkitsevä ero potilaskeskeisen hoidon toteuttamisessa. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kätilöt ja mielenterveyshoitajat erosivat tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,07$) sairaanhoitajista ja perushoitajista. Kätilöt ja mielenterveyshoitajat olivat useammin ”täysin samaa mieltä” potilaskeskeisen hoitotyön tekemisestä. Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa summamuuttujaan.

8.1.2.2 Itsenäisyys / vastuullisuus

Summamuuttuja ”itsenäisyys / vastuullisuus” sai arvoja 2,7 – 3,9, keskiarvo oli 3.4. Lähes kaikki ovat samaa mieltä väittämistä ”työni on vastuullista”, ”arvostan työtovereitteni työtä” ja ”voin kysyä neuvoa kollegaltani”. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien ”ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta” ja ”työni on osatehtävien suorittamista” kesken. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Summamuuttujan ”itsenäisyys / vastuullisuus” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,83$, $ka = 3,47$ ($n=308$)

Itsenäisyyttä / vastuullisuutta kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	alfa
Minulla on riittävästi toimivaltaa	3,1	0.49	0.79
Työni ei ole esimiesten määräysten toteuttamista	3,1	0.46	0.80
Työni ei ole yksitoikkoista	3,6	0.45	0.80
Työni ei ole osatehtävien suorittamista	3,0	0.39	0.79
Työssäni voin käyttää tietojani / taitojani	3,5	0.55	0.79
Voin suunnitella omaa työtäni	3,2	0.53	0.79
Teen potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä	3,3	0.47	0.80
Työssäni voi oppia uutta	3,7	0.52	0.80
Nautin työstäni	3,5	0.38	0.80
Työni on vastuullista	3,9	0.48	0.80
Arvostan työtovereitteni työtä	3,9	0.48	0.80
Voin kysyä neuvoa kollegoiltani	3,9	0.36	0.81

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, että eri osastot erosivat tilastollisesti merkitsevästi summamuuttujan ”itsenäisyys / vastuullisuus” suhteen ($p= 0.002$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kätilöt ja mielenterveyshoitajat erosivat

tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,09$) sairaanhoitajista ja perushoitajista. Työskentelyajalla terveydenhuoltoalalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa summamuuttujaan, sen sijaan työskentelyajalla nykyisellä osastolla oli ero tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,045$). 2 – 10 vuotta samalla osastolla työskennelleet kokivat eniten työnsä vastuulliseksi / itsenäiseksi, 16 – 20 vuotta osastolla työskennelleet vähiten itsenäiseksi / vastuulliseksi. Toimintamalleista tehtäväkeskeinen malli erosi tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,01$) muista malleista, siis tehtäväkeskeistä toimintamallia noudattavat hoitajat kokivat työnsä vähemmän vastuulliseksi ja itsenäiseksi. Muiden mallien suhteen ei ollut eroja.

Taulukoissa 13, 14, 15 ja 16 on tarkasteltu summamuuttujan ”itsenäisyys / vastuullisuus kahta osiota (työni on osatehtävien suorittamista ja minulla ei ole riittävästi toimivaltaa) osaston toimintamallin mukaan ja ammattiryhmittäin. Ryhmätyömallia ja tehtäväkeskeistä mallia käyttävät näkivät työnsä eniten osatehtävien suorittamisena, kuitenkin lähes 22 % myös yksilövastuista toimintamallia käyttävistä piti työtään osatehtävien suorittamisena. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna sairaanhoitajista noin 25 % ja perushoitajista 60 % piti työtään osatehtävien suorittamisena. Toimivaltansa kokivat eniten puutteelliseksi perushoitajat (36 %) ja sairaanhoitajat (21 %). Kätilöt kokivat toimivaltansa riittäväksi. Tarkasteltaessa toimivaltaa toimintamallin suhteen todettiin, että modulimallia ja tiimi – mallia käyttävät kokivat eniten toimivaltansa puutteelliseksi (32 %). Yksilövastuista mallia käyttävistä 15 % arvioi toimivaltansa puutteelliseksi. (Taulukko 13, 14, 15 ja 16)

Liitetaulukossa 11 ja 12 on tarkasteltu ryhmänjohtajan työvuorokohtaista vastuuta ammattiryhmittäin ja toimintamalleittain. Sairanhoitajista 63 % ja perushoitajista 86 % oli samaa tai lähes samaa mieltä väittämästä ”ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta työvuoron aikana. Kätilöistä 31 % vastasi näin. Ero ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,003$). (Liitetaulukko 11.)

Taulukko 13. Työn näkeminen osatehtävinä osaston eri toimintamalleissa (fr, %)

Osaston toimintamalli	Työni on osatehtävien suorittamista									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Tehtäväkeskeinen. malli			1	16	3	50	2	34	6	100
Ryhmätyömalli	3	9	12	35	16	47	3	9	34	100
Modulimalli	9	23	21	54	9	23			39	100
Yksilövastuinen malli	55	36	65	43	31	20	2	1	153	100
Tiimi -malli	8	38	8	38	5	24			21	100
Muu malli	12	19	34	53	12	19	6	9	64	100
Yhteensä	87	27	141	45	76	24	13	4	317	100

Taulukko 14. Työn näkeminen osatehtävinä eri ammattiryhmissä (fr, %)

Ammatti	Työni on osatehtävien suorittamista									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	60	26	113	49	48	21	10	4	231	100
Kätilö		13	76	3	18	1	6		17	100
Perushoitaja	2	6	12	33	21	58	1	3	36	100
Lastenhoitaja	4	33	6	50	2	17			12	100
Mth	2	20	6	60	1	10	1	10	10	100
Muu	5	42	3	25	3	25	1	8	12	100
Yhteensä	86	27	143	45	76	24	13	4	318	100

Taulukko 15. Toimivalta ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Minulla ei ole riittävästi toimivaltaa									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	76	32	109	46	42	18	8	4	235	100
Kätilö	10	56	8	44					18	100
Perushoitaja	5	14	18	50	10	28	3	8	36	100
Lastenhoitaja	2	17	7	58	3	25			12	100
Mth	6	60	2	20	2	20			10	100
Muu	5	42	3	25	3	25	1	8	12	100
Yhteensä	104	32	147	46	60	19	12	3	323	100

Taulukko 16. Toimivalta osaston toimintamallin mukaan (fr, %)

Osaston toimintamalli	Minulla ei ole riittävästi toimivaltaa									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Tehtäväkeskeinen malli			2	29	4	57	1	14	7	100
Ryhmätyömalli	6	18	18	53	10	29			34	100
Modulimalli	13	32	15	37	12	29	1	2	41	100
Yksilövastuinen malli	57	37	73	47	18	12	6	4	154	100
Tiimi - malli	9	41	6	27	6	27	1	5	22	100
Muu malli	18	28	32	50	11	18	3	4	64	100
Yhteensä	103	32	146	45	61	19	12	4	322	100

8.1.2.3 Jatkuvuus / koordinointi

Summamuuttuja "jatkuvuus / koordinointi" sai arvoja 3,0 – 3,8, keskiarvo oli 3.3. Lähes kaikki ovat samaa mieltä väittämistä "raportoin potilaan tilanteesta suullisesti ja kirjallisesti" ja "pidän tietoni ajan tasalla hoitotyössä". Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien "suunnittelen potilaan hoidon muuhun hoitoon sopivaksi" ja "olen usein yhteydessä potilaan omaisiin" kesken. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Summamuuttujan "jatkuvuus / koordinointi" keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,76$, ka = 3,3 (n=297)

Jatkuvuutta / koordinointia kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	alfa
Tunnen potilaani	3,3	0.45	0.73
Raportoin potilaan tilanteesta suullisesti ja kirjallisesti	3,8	0.40	0.74
Suunnittelen potilaan hoidon muuhun hoitoon sopivaksi	3,0	0.34	0.75
Olen usein yhteydessä potilaan omaisiin	3,1	0.41	0.74
Osastolla työskennellään joustavasti	3,3	0.52	0.72
Yhteen sovitan potilaan toivomukset muuhun hoitoon	3,2	0.49	0.73
Hankin tietoa potilaasta oma-aloitteisesti	3,3	0.45	0.73
Pidän tietoni ajan tasalla hoitotyössä	3,6	0.46	0.73
Hankin aktiivisesti lisätietoa potilaani hoitamiseen	3,2	0.47	0.73

1 = täysin eri mieltä, 2 = lähes eri mieltä, 3 = lähes samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, että iällä, ammattiryhmällä ja työskentelyajalla (terveydenhuollossa tai nykyisellä osastolla) ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Toimintamallien suhteen oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0.03$) jatkuvuuden / koordinoinnin toteutumisessa. Yksilövastuisessa mallissa ja ryhmätyömallissa jatkuvuus / koordinointi toteutuivat parhaiten; huonoiten ne toteutuivat tehtäväkeskeisessä ja tiimi – mallissa. Myös osastoilla oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,007$) itsenäisyyden ja vastuullisuuden kokemisessa.

8.1.3 Edellytykset yksilövastuista toimimiseen

Summamuuttuja ”edellytykset” sai arvoja 2,5 – 3,0 (ka. 2,8). Eniten oli yksimielisyyttä väittämistä ”hoidon joka työvuorossa omia potilaitani” ja ”työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen”. Yksimielisyys vaihteli eniten väittämien ”minulla ei ole mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaani hoitoon” ja ”saan harvoin työstäni kiitosta” kesken. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Summamuuttujan ”edellytykset ” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,71$, ka =2,8 (n=312)

Yksilövastuista toimimisen edellytyksiä kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	
			alfa
Saan harvoin työstäni kiitosta	2,6	0.31	0.73
Minulla ei ole mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaani hoitoon	2,5	0.40	0.70
Vastaan potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan	2,8	0.60	0.63
Hoidon joka työvuorossa omia potilaitani	3,1	0.50	0.65
Työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen	3,0	0.60	0.60

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, että iällä ja työskentelyajalla terveydenhuollossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Nykyisellä osastolla työskentelyaika vaikutti siten, että 2 – 5 vuotta ja 6 – 10 vuotta samalla osastolla työskennelleet kokivat yksilövastuista toimimisen edellytysten täyttyvän paremmin kuin muun aikaa osastolla työskennelleet hoitajat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.03$). Ammattiryhmittäin summamuuttujaa tarkasteltaessa todettiin, että mielenterveyshoitajat ja kättilöt kokivat yksilövastuista toimimisen edellytysten täyttyvän paremmin kuin muut ryhmät. Perushoitajat kokivat näiden edellytysten toteutuneen huonoiten. Ero oli

tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0.000$). Toimintamallien suhteen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p = 0.000$) yksilövastuisesti toimimisen edellytysten toteutumisessa. Yksilövastuisessa toimintamallissa nämä toteutuivat parhaiten, huonoiten tehtäväkeskeisessä ja ryhmätyömallissa. Myös osastojen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero yksilövastuisen hoitotyön edellytysten toteutumisessa ($p=0,000$).

Tarkasteltaessa summamuuttujan ”edellytykset” osioita yksitellen ammattiryhmittäin todetaan, että perushoitajat (62 %) ja sairaanhoitajat (49 %) kokivat, ettei heillä ollut mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaansa hoitoon. (Taulukko 19.) Sairaanhoitajista 42 % ja perushoitajista 61 % oli samaa tai lähes samaa mieltä väittämästä ”saan harvoin työstäni kiitosta”. (Taulukko 20.)

Taulukko 19. Mahdollisuus rauhassa paneutua potilaani hoitoon ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Minulla ei ole mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaani hoitoon									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	20	8	102	43	85	36	32	13	239	100
Kätilö	4	22	11	61	3	17			18	100
Perushoitaja	1	3	13	35	18	49	5	13	37	100
Lastenhoitaja	1	8	4	33	6	50	1	9	12	100
Mth	6	60	3	30	1	10			10	100
Muu	3	25	2	17	3	25	4	33	12	100
Yhteensä	35	11	135	41	116	34	42	14	328	100

Taulukko 20. Työstä kiitoksen saaminen ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Saen harvoin työstäni kiitosta									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	31	13	107	45	73	31	27	11	238	100
Kätilö	5	28	10	56	2	11	1	5	18	100
Perushoitaja	5	13	10	26	17	45	6	16	38	100
Lastenhoitaja	1	9	6	55	3	28	1	8	11	100
Mth	2	20	4	40	4	40			10	100
Muu	4	33	5	42	3	25			12	100
Yhteensä	48	15	142	43	102	31	35	11	327	100

8.1.4 Osastonhoitajan rooli

Summamuuttuja ” osastonhoitajan rooli” sai arvoja 1,6 – 3,2 (ka. 2,7). Eniten oli yksimielisyyttä väittämistä ” voin turvautua osastonhoitajan apuun aina tarvittaessa” ja ”osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa ”. Tutkittavien mukaan osastonhoitaja osallistui vähiten lääkärintarkintaan hoitotyön edustajana. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Summamuuttujan ”osastonhoitajan rooli ” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,79$, ka = 2,94 (n=316)

Osastonhoitajan roolia kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio	
		summaan	alfa
Voin turvautua oh:n apuun aina tarvittaessa	3,2	0.50	0.74
Osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla	3,1	0.57	0.73
Osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa	3,2	0.56	0.73
Osastonhoitaja valvoo jatkuvasti osaston hoitotyön toteutumista	2,8	0.50	0.75
Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana	3,0	0.61	0.71
Osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitamiseen	2,3	0.31	0.81

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, ettei iällä, ammattiryhmällä, toimintamallilla tai työssäoloajalla ollut tilastollisesti merkitsevää eroa osastonhoitajan roolin kokemiseen. Osastojen kesken ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p= 0,000$). Tarkasteltaessa summamuuttujan osioiden suoria jakaumia yksitellen, todetaan, että lähes 18 % tutkittavista oli täysin tai lähes eri mieltä väittämästä ” voin turvautua osastonhoitajan apuun”. (Taulukko 22.)

Taulukko 22. Mahdollisuus turvautua osastonhoitajan apuun (fr, %)

Voin turvautua Oh:n apuun	fr	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	10	3	3
Lähes eri mieltä	48	14	18
Lähes samaa mieltä	141	44	61
Täysin samaa mieltä	129	39	100
Yhteensä	328	100	

Osastonhoitajan roolia tarkasteltaessa todetaan, että lähes 25 % tutkittavista oli sitä mieltä, että osastonhoitaja ei johda hoitotyötä osastolla. (Taulukko 23.) Lähes 33 % tutkittavista katsoi, että osastonhoitaja ei valvo hoitotyön toteutumista osastolla. (Taulukko 24.)

Taulukko 23. Osastonhoitajan rooli hoitotyön johtajana (fr, %)

Osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla	fr	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	16	5	5
Lähes eri mieltä	64	19	24
Lähes samaa mieltä	117	35	60
Täysin samaa mieltä	131	41	100
Yhteensä	328	100	

Taulukko 24. Osastonhoitajan rooli hoitotyön toteutumisen valvojana (fr, %)

OH valvoo jatkuvasti osaston hoitotyön toteutumista	fr	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	13	4	4
Lähes eri mieltä	93	28	33
Lähes samaa mieltä	156	47	81
Täysin samaa mieltä	61	19	100
Tieto puuttuu	7	2	
Yhteensä	330	100	

Tutkittavista 19 % mielestä osastonhoitaja ei tue riittävästi koulutuksen hankkimisessa. (Taulukko 25.) Tutkittavista 26 % mielestä osastonhoitaja ei tue heitä riittävästi omahoitajana toimimisessa. (Taulukko 26.)

Taulukko 25. Osastonhoitajan tuki koulutuksen hankkimisessa (fr, %)

Oh tukee koulutuksen hankkimisessa	fr	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	11	3	3
Lähes eri mieltä	51	15	19
Lähes samaa mieltä	132	40	59
Täysin samaa mieltä	135	42	100
Yhteensä	330	100	

rarsid13777734

Taulukko 26. Osastonhoitajan tuki omahoitajuuteen (fr, %)

Oh:n toiminta tukee työtäni omahoitajana	fr	%	Kumulatiivinen %
Täysin eri mieltä	14	4	4
Lähes eri mieltä	70	21	26
Lähes samaa mieltä	144	44	70
Täysin samaa mieltä	98	30	100
Tieto puuttuu	4	1	
Yhteensä	330	100	

8.1.5 Koulutus

Tutkittavista lähes 73 % oli tyytyväisiä koulutukseen osallistumismahdollisuuksiinsa.

Tutkittaessa asiaa ammattiryhmittäin sairaanhoitajat ja perushoitajat olivat muita ammattiryhmiä tyytymättömämpiä koulutukseen osallistumismahdollisuuksiinsa. Ero tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.03$). (Taulukko 27.)

Taulukko 27. Tyytyväisyys koulutukseen osallistumismahdollisuuksiin ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Tyytyväisyys koulutukseen osallistumismahdollisuuksiin									
	Erittäin tyytyväinen		Melko tyytyväinen		Melko tyytymätön		Erittäin tyytymätön		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairanhoitaja	33	14	135	57	56	24	11	5	235	100
Kätilö	3	17	12	67	3	16			18	100
Perushoitaja	6	16	17	45	13	34	2	5	38	100
Lastenhoitaja	1	8	9	75	2	17			12	100
Mielenterveyshoitaja	4	40	5	50	1	10			10	100
Muu	5	42	6	50	1	8			12	100
Yhteensä	52	16	184	57	76	23	13	4	325	100

Taulukossa 28 on esitetty sairaalan sisäiseen koulutukseen osallistuminen ammattiryhmittäin. Lähes kymmenen prosenttia tutkituista ei ollut osallistunut kertaakaan talon sisäiseen koulutukseen. Lähes 55 % oli osallistunut sisäiseen koulutukseen 1 – 2 kertaa ja 30 % 3 – 5 kertaa. (Taulukko 28.) Tarkasteltaessa ryhmien välistä tilastollista eroa todetaan, että mielenterveyshoitajat ja sairaanhoitajat olivat olleet useimmin sairaalan sisäisessä koulutuksessa, harvimminkin osallistuivat kätilöt ja perushoitajat. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p = 0.001$).

Taulukko 28. Osallistuminen sairaalan sisäiseen koulutukseen ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Sairaalan sisäiseen koulutukseen osallistumisen määrä viime vuonna											
	0		1 - 2		3 - 5		6 - 10		11- yli		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	23	10	127	53	77	32	9	4	3	1	239	100
Kätilö	1	6	16	88	1	6					18	100
Perushoitaja	6	16	23	60	9	24					38	100
Lastenhoitaja	1	8	7	58	4	34					12	100
Mth			3	30	5	50	2	20			10	100
Muu			4	33	6	50	2	17			12	100
Yhteensä	31	10	180	55	102	30	13	4	3	1	329	100

Sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen ei ollut osallistunut kertaakaan 44 % tutkituista viimeisen vuoden aikana. 1 – 2 kertaa oli osallistunut noin 51 %, kolme kertaa tai useammin oli sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen osallistunut noin 5 % tutkituista. Tarkasteltaessa ryhmien välistä tilastollista eroa todetaan, että mielenterveyshoitajat ja lastenhoitajat ovat olleet useimmin sairaalan ulkopuolisessa koulutuksessa, vähiten ovat olleet perushoitajat ja kätilöt. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0.05$) Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollista yhteyttä koulutukseen osallistumiseen. (Taulukko 29.) Liitetaulukoissa 8 ja 9 on kuvattu koulutukseen osallistuminen osastoittain.

Taulukko 29. Osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen osallistumisen määrä viime vuonna											
	0		1 - 2		3 - 5		6 - 10		yli 11		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	105	44	117	49	12	5	1	1	1	1	236	100
Kätilö	9	50	9	50							18	100
Perushoitaja	21	55	17	45							38	100
Lastenhoitaja	4	33	8	67							12	100
Mielenterveyshoitaja	2	20	5	50	2	20			1	10	10	100
Muu	2	17	10	83							12	100
Yhteensä	143	44	166	51	14	4	1	0.4	2	0.6	326	100

8.1.6 Hoitajien näkemys yksilövastuisen hoitotyön sisällöstä

Avoimeen kysymykseen ”mitä mielestäsi on yksilövastuinen hoitotyö?” vastasi 237 hoitajaa (noin 72 % tutkituista). Liitteessä 4 on esitetty yhteenveto hoitajien vastuksista. Vastauksista nousi esille seuraavanlaisia teemoja: mitä yleensä on yksilövastuinen hoitotyö, sen edut potilaan ja hoitajan näkökulmasta sekä esteitä ja edellytyksiä yksilövastuisen hoitotyön toteuttamiselle. Vastauksissa korostuivat tietyt periaatteet. Lisäksi vastaajat kuvasivat, miten yksilövastuinen hoitotyö toimii ja toteutuu.

Yhteenvetona todetaan, että vastaajien mielestä yksilövastuinen hoitotyö on hyvä, potilaan tarpeista lähtevä hoitotyön toimintamalli sekä myös hoitotyön filosofia. Hoitotyötä tehdään potilaan parhaaksi. Vastaajien mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä sama sairaanhoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa koko hoitojakson ajan. Oman hoitajan poissa ollessa korvaava hoitaja / -hoitajat toteuttavat omanhoitajan tekemää suunnitelmaa. Tarvittaessa korvaava hoitaja voi muuttaa hoitosuunnitelmaa. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu sairaanhoitajan vastuu sekä se, että hoitotyö on potilaan tarpeista lähtevää, kokonaisvaltaista, koordinoitua ja jatkuvaa. Työ on itsenäistä ja moniammatillista yhteistyötä tehdään. Yhteistyötä tehdään myös omaisten kanssa. Hoidon jatkuvuuden kannalta ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat ovat tärkeitä.

Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että sama sairaanhoitaja vastaa potilaansa hoidosta koko hoitojakson ajan, mutta muutamat olivat sitä mieltä, että vastuu on vain työvuoron ajan. Eri osastoilla on erilaisia tapoja toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Sitoutuminen ja kyky sekä halu toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä vaihtelevat myös. Yksittäisten vastausten perusteella todettiin lisäksi, että kiire haittaa yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. Resursseja ei pidetty riittävänä; henkilökuntaa ja aikaa tulisi olla enemmän. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että henkilökunnalla on epätietoisuutta siitä, mitä yksilövastuinen hoitotyö on, miten tulisi toimia. Erään vastaajan mukaan omahoitajuutta selventäviä keskusteluja ei käydä eikä asetettuun tavoitteeseen pyritä. Työnohjaus etenkin psykiatrisella puolella on tukemassa yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista.

Lyhyet hoitoajat vaikeuttavat yksilövastuisen hoitotyön toteuttamista. Lisäksi vastaajien mielestä moniportainen ammatillinen rakenne sekä koulutus eivät anna riittäviä puitteita toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Pohdintaa herätti myös se, saavatko potilaat tasa-

arvoista hoitoa ja kohtelua sekä se, mitä oleellista eroa on ryhmätyöllä ja yksilövastuisella hoitotyöllä. Mihin ollaan menossa ja mitä halutaan? Myös jonkinlaista kilpailua potilaista on käyty. Yksilövastuisen hoitotyön arveltiin olevan syrjäytymässä oleva käsite ”tiimi- työn tehdessä tuloaan”. Eräs vastaajista puhuisi mieluummin potilaslähtöisestä hoitotyöstä.

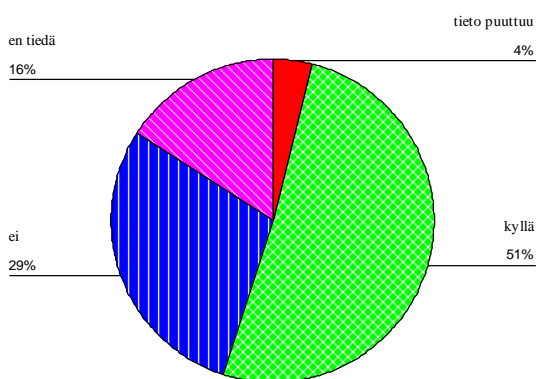
Vastausten perusteella voidaan olettaa, että yksilövastuinen hoitotyö takaa potilaalle potilaskeskeisemmän ja laadukkaamman hoidon. Vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä syvenee. Kun hoitaja ei vaihdu jatkuvasti, potilas tulee paremmin kuulluksi ja huomioduksi. Myös omaiset kokevat enemmän luottamusta ja turvallisuutta.

Hoitajien näkökulmasta vastausten perusteella yksilövastuinen hoitotyö lisää työn mielekkyyttä, antaa mahdollisuuden tehdä itsenäistä ja vastuullista työtä moniammatillisessa yhteisössä, jossa sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija. (Liite 4.)

8.2 Potilaskyselyn tulokset

8.2.1 Omahoitajan nimeäminen

Potilaista 51 % ilmoitti, että heillä oli oma hoitaja. Omahoitajaa ei ollut 29 %:lla ja 16 % ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Omahoitaja potilaan ilmoittamana %, (n=346)

Taulukossa 30 on kuvattu osastoittain, oliko potilaalla omahoitajaa. Kolmella osastolla (os8, os51 ja lyhki-yksikkö) kaikki vastanneet potilaat ilmoittivat heillä olleen omahoitajan. Osastoilla 4, 6, 3A, 2B ja tarkkailu-osasto oli eniten niitä potilaita, jotka ilmoittivat, että heillä ei ollut omahoitajaa ja osastoilla 1A, 5 ja 2A/2C oli eniten niitä, jotka eivät tieneet, oliko heillä omahoitaja vai ei. Kukaan ei ollut vastannut, että en halunnut omahoitajaa. (Taulukko 30).

Taulukko 30. Potilaan ilmoittama tieto omahoitajasta osastoittain (fr, %)

Osasto	Oliko omahoitaja?				En tiedä		Yhteensä	
	Kyllä fr	%	Ei fr	%	fr	%	fr	%
os 1A	4	27	5	33	6	40	15	100
os1B	8	89	1	11			9	100
os 1G	19	90	1	5	1	5	21	100
os 11	12	80	1	7	2	13	15	100
EA/Tarkkailu	1	25	3	75			4	100
Lyhki	8	100					8	100
os 2A /2C	27	55	10	20	12	25	49	100
os 2B	7	30	13	57	3	13	23	100
os 2G	7	37	8	42	4	21	19	100
os 3A	8	32	12	48	5	20	25	100
os 3B	11	58	6	32	2	10	19	100
os 3C	16	76	4	19	1	5	21	100
os 4	2	15	9	70	2	15	13	100
os 5	7	28	10	40	8	32	25	100
os6	3	17	11	61	4	22	18	100
os 6 /dialyysi	2	67	1	33			3	100
os8	7	100					7	100
os9	12	71	3	17	2	12	17	100
osastoa ei ilmoitettu	2	40	2	40	1	20	5	100
os 51	9	100					9	100
os 57	7	88			1	12	8	100
Yhteensä	177	53	101	30	55	17	333	100

Tarkasteltaessa osastojen välistä tilastollista eroa todettiin, että osastojen välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0.000$). Tarkasteltaessa muuttujaa muiden taustamuuttujien suhteen vain sukupuoli oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0.04$) siihen, oliko omahoitajaa vai ei. Naisilla oli omahoitaja useammin kuin miehillä.

Taulukko 31. Omahoitaja potilaan sukupuolen mukaan (fr, %)

Sukupuoli	Omahoitaja		Ei ole / En tiedä		Yhteensä	
	Kyllä fr	%	fr	%	fr	%
Nainen	116	66	84	55	200	60
Mies	61	34	70	45	131	40
Yhteensä	177	100	154	100	331	100

Omahoitaja nimettiin lähes 70 %:lle potilaista tulopäivänä, toisena hoitopäivänä oli omahoitaja nimetty yli 80 % vastanneista. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Omahoitajan nimeämisen ajankohta (fr, %)

Nimeämisen ajankohta	fr	%
Tulopäivänä	110	67
Toisena hoitopäivänä	30	18
Muulloin	25	15
Yhteensä	166	100

Suurin osa tutkittavista sai tiedon omahoitajasta suullisesti hoitajan itsensä kertomana (82 %). Sekä suullisesti että kirjallisesti sai tiedon omahoitajasta 7 %, muuten tiedon sai 8 % (mm. kysymällä, huomasi itse taulusta, vierustoveri kertoi, lääkäriltä, toisilta hoitajilta, kansliasta kerrottiin). (Taulukko 33.)

Taulukko 33. Tiedon saaminen omahoitajasta (fr, %)

Tieto omahoitajasta	fr	%
Suullisesti /hoitaja kertoi itse	140	82
Kirjallisesti	4	3
Suullisesti ja kirjallisesti	12	7
Muuten,	14	8
Yhteensä	170	100

8.2.2 Omahoitajan tehtävät

10 %:lle potilaista kerrottiin, että omahoitaja ohjaa ja neuvoo heitä heidän sairaalassa ollessaan. 14 % potilaista ilmoitti kerrotun, että omahoitajan tehtävä on antaa tietoa ja 15 %:lle oli kerrottu, että omahoitaja auttaa heitä päivittäisissä toimissa. Noin 30 %:lle oli kerrottu, että omahoitaja ottaa yhteyttä muihin ammattiryhmiin, tekee potilaan kanssa yhdessä hoitotyön suunnitelmaa ja tukee potilasta ja omaisia. (Taulukko 34.)

Taulukko 34. Omahoitajan tehtävistä kertominen (fr, %)

Minulle kerrottiin, että...	Kyllä		Ei	
	fr	%	fr	%
Omahoitaja antaa tietoa (n=169)	24	14	145	86
Omahoitaja tekee kanssani hoitotyön suunnitelmaa (n=133)	41	31	92	69
Omahoitaja ohjaa ja neuvoo (n=162)	16	10	146	90
Omahoitaja auttaa päivittäisissä toimissa (n=148)	22	15	148	85
Omahoitaja tukee minua ja omaisiani (n=138)	39	28	99	72
Omahoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammatti ryhmiin (n=134)	43	32	91	68
Omahoitaja suunnittelee kanssani koti- ja jatkohoidon (n=152)	31	20	121	80

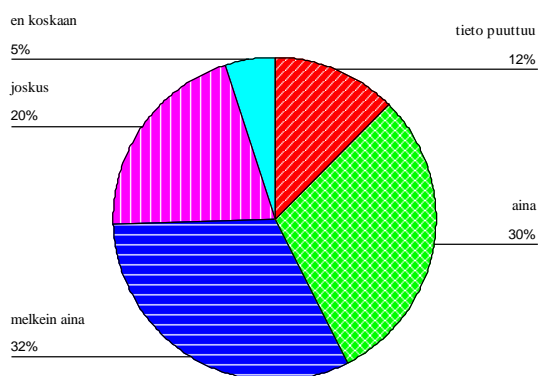
8.2.3 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Useimpien tutkittavien mukaan omahoitajat olivat eniten ammattitaitoisia ja vastuuntuntoisia. Eniten oli tyytymättömyyttä ajan antamisessa potilaalle. Tutkittavien mukaan omahoitaja ei aina ollut myötätuntoinen, luottamusta herättävä, eikä hyväksynyt potilasta sellaisena, kuin tämä oli. (Taulukko 35.) Tarkasteltaessa näitä muuttujia taustamuuttujien suhteen tilastollisesti merkitseviä eroja ei löytynyt.

Taulukko 35. Omahoitajan suhtautuminen potilaaseen (fr, %) (n=177)

Omahoitajan suhtautuminen	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Omahoitajani...										
hyväksyi minut sellaisena kuin olen	1	1	1	1	21	13	136	85	159	100
oli myötätuntoinen	1	1	2	2	18	12	135	85	135	100
oli vastuuntuntoinen	0	0	2	2	15	9	138	89	155	100
oli luottamusta herättävä	0	0	4	3	14	9	143	88	161	100
oli ammattitaitoinen	0	0	1	1	14	8	146	91	161	100
suhtautui asioihini vakavasti	0	0	1	1	18	12	131	87	150	100
työskenteli hoitotilanteissa taitavasti	0	0	2	2	19	12	133	86	154	100
antoi minulle riittävästi aikaa	1	1	4	3	29	19	118	77	152	100

Kuviosta 2 näkyy, että yli 60 % niistä tutkittavista, joilla oli oma hoitaja, arvioi hoitoaan yhdessä hoitajan kanssa aina tai melkein aina. Tutkittavista 5 % ei ollut koskaan arvioinut hoitoaan yhdessä hoitajan kanssa ja 12 % oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. (Kuvio 2.) Tämän muuttujan ja taustamuuttujien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.



Kuvio 2. Hoidon arviointi yhdessä omahoitajan kanssa %, (n=177)

Yli 70 % potilaista, joilla oli omahoitaja, tiesi omahoitajansa työssä olon. Tutkittavista 5 % ei koskaan tiennyt omahoitajansa työvuoroa. (Taulukko 36.)

Taulukko 36. Tieto omahoitajan työssä olosta (fr, %)

Tiesin omahoitajan työssäolon	Fr	%
Aina	78	44
Melkein aina	48	27
Joskus	23	13
En koskaan	8	5
Tieto puuttuu	20	11
Yhteensä	177	100

8.2.4 Arvio omahoitajasta

Taulukosta 37 näkyy, että potilaat antoivat hoidostaan omahoitajalle hieman paremman kouluarvosanan kuin muille hoitajille tai muulle osastonhenkilökunnalle. Kaikkien arvosanojen keskiarvo on kuitenkin yli 9, minkä mukaan potilaat ovat erittäin tyytyväisiä hoitoonsa. Taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa potilaan antamassa arvosanassa. (Taulukko 37.)

Taulukko 37. Kouluarvosana henkilökunnalle osastoittain, keskiarvo (ka)
(arvosteluasteikko 4-10)

Osasto	Arvosana omahoitajalle		Arvosana muille hoitajille		Arvosana muulle henkilökunnalle	
	n	ka	n	ka	n	ka
1A	5	9,60	14	8,96	12	9,20
1B	7	9,57	9	8,72	9	9,28
1G	20	9,25	21	9,21	20	9,15
2a/2C	22	9,22	46	9,23	43	9,24
2B	7	9,71	21	9,48	20	9,36
2G	8	8,75	15	9,13	13	9,27
3A	8	9,50	23	9,30	23	9,26
3B	11	9,64	19	9,50	18	9,33
3 C	13	9,38	19	8,68	18	9,00
4	1	9,00	11	9,27	8	9,25
5	9	9,17	25	8,76	23	8,44
6	4	9,00	23	9,06	19	9,00
8	7	9,14	7	8,43	7	8,43

9	9	9,67	17	9,24	15	9,12
11	9	9,67	17	9,24	15	9,17
Tarkk.os	0		5	9,20	5	9,20
Lyhki	7	9,57	8	9,50	8	9,13
51	8	8,13	8	7,75	7	8,29
57	8	8,88	8	8,50	8	8,38
Yhteensä	163	9,23	312	9,08	287	9,08

Avoimeen kysymykseen, mitä hyötyä potilaalle oli omasta hoitajasta, oli vastannut 127 potilasta (68 %, niistä, joilla oli omahoitaja ja 37 % kaikista tutkituista). Eniten potilaat vastasivat omahoitajan lisäävän turvallisuuden tunnetta (50 mainintaa). Turvallisuutta lisäsi nimenomaan sama, tuttu hoitaja. Seuraavaksi eniten omahoitaja edisti hoidon jatkuvuutta (17 mainintaa) ja antoi potilaalle tietoa (16 mainintaa). Jatkuvuutta turvasi se, että omahoitaja oli aina ajan tasalla hoidon suhteen. Omahoitaja lisäsi myös potilaan luottamusta hoitoonsa (14 mainintaa). Seitsemän tutkittavaa mainitsi tuen saamisen hyödyksi omasta hoitajasta ja muutamia mainintoja oli keskusteluavusta, yksilöllisyydestä, hyvästä hoidosta, ystävydestä ja toveruudesta. Kolmen vastaajan mukaan omahoitaja on hieno asia. Yhden vastaajan mukaan omahoitaja oli ”seurailut” häntä ts. katsonut perään ja yhden mielestä hyöty oli kyseenalainen. Tutkittavista 12 oli sitä mieltä, että omahoitajasta ei ollut heille mitään hyötyä ja yksi ei ollut tiennyt, kuka oli ollut omahoitajana.

8.2.5 Yksilöllisyyden kokeminen

Taulukossa 38 esitetään potilaan hoidossaan kokemaa yksilöllisyyttä kuvaavien summamuuttujien tunnuslukuja. Parhaiten toteutui hoidon jatkuvuus ja huonoiten osallistuminen omaan hoitoon. (Taulukko 38.) Jatkossa summamuuttujia tarkastellaan yksitellen taustamuuttujien suhteen.

Taulukko 38. Summamuuttujien tunnusluvut potilaan yksilöllisyyden kokemuksista

Summamuuttuja	Osioiden määrä	ka	min	max	SD	α
Osallistuminen omaan hoitoon (n=245)	9	3,3	2,9	3,6	0,68	0,87
Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus (n=236)	6	3,4	2,9	3,7	0,81	0,76
Hoidon jatkuvuus (n=235)	4	3,5	3,3	3,7	0,38	0,73

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

8.2.5.1 Osallistuminen omaan hoitoon

Potilaat uskalsivat esittää toiveensa hoitonsa suhteen; se osio oli toteutunut parhaiten potilaan osallistumisessa omaan hoitoonsa. Potilaita myös tuettiin hoitoa koskeissa asioissa ja hänen toivomuksensa huomioitiin hyvin. Huonoiten toteutuivat osallistuminen hoidon suunnitteluun ja jokapäiväisten tottumusten selvittäminen. (Taulukko 39.)

Taulukossa 40 on esitetty summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” heikoimmin toteutuneiden osioiden suorat jakaumat.

Taulukko 39. Summamuuttujan ”osallistuminen omaan hoitoon” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,87$ (n =245)

Hoitoon osallistumista kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio	
		summaan	alfa
Sain osallistua hoitoni suunnitteluun.	3,0	0,62	0,84
Halusin ottaa vastuuta hoitoani koskevista asioista.	3,3	0,31	0,87
Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun.	3,2	0,75	0,83
Minua tuettiin hoitoani koskevista asioista.	3,5	0,76	0,84
Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani.	3,0	0,64	0,85
Toivomukseni huomioitiin hoidon aikana.	3,5	0,62	0,85
Minua tuettiin päivittäistä hoitoa koskevista valinnoista.	3,3	0,71	0,84
Uskalsin ilmaista mielipiteeni hoidostani.	3,7	0,44	0,86
Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kansani.	3,4	0,64	0,84

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Taulukko 40. Heikoimmin toteutuneet osiot summamuuttujassa ”osallistuminen hoitoon” (fr, %)

Väittämä	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	17	6	46	16	138	49	82	29	283	100
Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani	21	7	52	18	103	36	114	39	290	100
Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun	9	3	37	13	118	40	129	44	293	100
Minua tuettiin hoitoani koskevista valinnoista	5	2	25	8	115	40	145	50	290	100
Halusin ottaa vastuuta hoitoani koskevista asioista	9	3	33	11	107	37	142	49	291	100

Tarkasteltaessa summamuuttujan ”osallistuminen hoitoon” osioita taustamuuttujien suhteen todettiin, että, potilaat, joilla oli omahoitaja, kokivat saavansa osallistua enemmän oman hoitonsa suunnitteluun kuin ne potilaat, joilla ei ollut omahoitajaa ($p=0,003$). (Taulukko 41.) Potilaan toivomukset otettiin myös paremmin huomioon, kun potilaalla oli oma hoitaja ($p=0,006$). (Taulukko 42.) Erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Kun potilaalla oli omahoitaja, hän myös halusi ottaa enemmän vastuuta hoitoaan koskevista asioista ($p=0,038$), sai paremmin tietoa osallistuakseen hoitonsa suunnitteluun ($p=0,034$) ja häntä myös tuettiin enemmän hoitoaan koskevista päätöksissä ($p=0,016$). (Liitetaulukot 13, 14 ja 15.) Erot olivat tilastollisesti melkein merkitseviä. Muilla summamuuttujan osioilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujien suhteen.

Taulukko 41. Potilaan mahdollisuus osallistua hoitonsa suunnitteluun omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Sain osallistua hoitoni suunnitteluun								Yhteensä	
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä	7	5	19	13	65	45	53	37	144	100
Ei ole / En tiedä	10	8	25	19	68	53	26	20	129	100
Yhteensä	17	6	44	16	133	49	79	29	273	100

Taulukko 42. Potilaan toivomusten huomioiminen omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Toivomukseni huomioitiin hoidon aikana								Yhteensä	
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä			6	4	43	27	108	69	157	100
Ei ole / En tiedä	1	1	7	5	59	41	76	53	143	100
Yhteensä	1	1	13	4	102	34	184	61	300	100

8.2.5.2 Hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus

Eniten potilailta kysyttiin päivittäistä vointia. Potilaat vastasivat myös eri ammattiryhmien toimivan joustavasti heidän hoitonsa toteuttamisessa ja hoitavat henkilöt ovat myös hyvin

selvillä potilaan voinnista koko ajan. Ongelmia oli eniten eri hoitopaikkojen joustavassa yhteistyössä. Keskiarvo oli matalin osiossa ”halusin, että hoitajat päättävät, miten minua hoidetaan”, vaikka 64 % tutkituista oli joko täysin tai lähes samaa mieltä väittämästä.

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen, oli ikäluokkien välillä tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,002$). Yli 51-vuotiaat kokivat hoidon joustavammaksi ja enemmänoikea-aikaiseksi kuin nuoremmat. Kaikkein kriittisimmin asiaan suhtautuivat alle 30-vuotiaat ja 41 - 50-vuotiaat. Myös osastoryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,004$). Psykiatristen osastojen potilaat katsoivat oikea-aikaisuuden ja joustavuuden toteutuneen huonommin kuin muiden osastojen potilaat. Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Taulukko 43. Summamuuttujan ”hoidon joustavuus ja oikea-aikaisuus” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,76$ ($n = 235$)

Hoidon joustavuutta ja oikea-aikaisuutta kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	alfa
Minua hoitavat henkilöt olivat selvillä voinnistani koko ajan.	3,5	0,51	0,70
Hoitajat kysyivät päivittäin vointiani.	3,8	0,51	0,69
Kaikki ammattiryhmät työskentelivät yhdenmuk. hoitoni toteuttamisessa.	3,6	0,54	0,69
Minulta kysyttiin palautetta hoidostani.	3,3	0,51	0,69
Eri hoitopaikat toimivat joustavasti yhdessä.	3,2	0,45	0,71
Halusin, että hoitajat päättävät, miten minua hoidetaan.	3,0	0,44	0,72

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Taulukossa 44 on esitetty suorat jakaumat potilaiden kokemasta hoitajien kiireettömyydestä ja ajan saamisesta riittävästi. Kun näitä muuttujia tarkasteltiin taustamuuttujien suhteen, todettiin, että nuoremmat (alle 30 v ja 31 - 50 v) kokivat hoitajat kiireisemmiksi kuin vanhemmat potilaat. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,001$). Myös osastojen välillä oli eroja. Osastojen 5, 9, 3C, 1B ja 2B potilaat kokivat hoitajien työskentelevän kiireisemmin kuin muilla osastoilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,004$) (Liitetaulukko 10.) Enemmistö potilaista oli kokenut, että heille oli riittävästi aikaa, eikä siinä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujien suhteen.

Taulukko 44. Potilaan kokema hoitajien kiireettömyys (fr, %)

Väittäjä	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	7	2	44	14	112	35	157	49	320	100
Minulle oli riittävästi aikaa	2	1	20	6	109	34	187	59	318	100

8.2.5.3 Hoidon jatkuvuus

Parhaiten potilaat tietävät, mihin ottaa yhteyttä jatkohoidon suhteen. Huonoiten oli toteutunut osio ”yhteyden ottaminen potilaan puolesta eri ammatti-ihmisiin”. (Taulukko 45.)

Taulukko 45. Summamuuttujan ”hoidon jatkuvuus” keskiarvot, korrelaatio summaan ja $\alpha = 0,73$ (n=236)

Hoidon jatkuvuutta kuvaavat muuttujat	Keskiarvo	Korrelaatio summaan	alfa
Tiesin, mihin ottaa yhteyttä jatkohoitoni suhteen	3,7	0,57	0,61
Puolestani otettiin tarvittaessa yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	3,3	0,39	0,73
Sain kotihoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti	3,6	0,46	0,65
Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	3,5	0,51	0,57

1 = täysin eri mieltä, 2= lähes eri mieltä, 3 =lähes samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä

Tarkasteltaessa summamuuttujaa taustamuuttujien suhteen todettiin, että osastoryhmillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p = 0,02$). Psykiatriset potilaat kokivat hoidon jatkuvuuden toteutuneen huonommin kuin muut potilaat. Myös ikäluokkien välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p = 0,02$). Kaikkein tyytymättömämpiä hoidon jatkuvuuteen olivat alle 30-vuotiaat ja 41 – 50-vuotiaat. Tyytyväisimpiä hoidon jatkuvuuden

toteutumiseen olivat 51 - 70-vuotiaat. Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa hoidon jatkuvuuden suhteen.

Väittämää ”omaiseni otettiin mukaan hoitoon” tarkasteltiin erikseen taustamuuttujien suhteen. Ne potilaat, joilla oli omahoitaja, sanoivat omaistensa otetun enemmän mukaan hoitoon. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,002$). (Taulukko 46.)

Taulukko 46. Omaisten mukaan ottaminen hoitoon omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Omaiseni otettiin mukaan hoitoon									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä	13	10	23	18	31	25	59	47	126	100
Ei ole / en tiedä	23	22	21	21	30	29	29	28	103	100

8.2.6 Potilaiden vastaukset avoimeen kysymykseen

Viimeiseen avoimeen kysymykseen, johon vastaajat voivat vapaasti kirjoittaa ajatuksiaan, oli vastannut 187 potilasta (54 % tutkituista). Potilaiden vastaukset olivat yksittäisiä sanoja tai yksi lause. Vastaukset tulostettiin ja luokiteltiin positiivisiin (115 kpl) ja negatiivisiin (45 kpl) lausumiin. Osassa vastauksissa oli sekä negatiivisia että positiivisia lausumia (16 kpl). Lisäksi oli esitetty toivomuksia (11 kpl) (esimerkiksi tietokonetta ja internet liittymää potilaille, enemmän keskustelua lääkärin kanssa, enemmän aikaa potilaalle).

Tarkasteltaessa lausumia löydettiin seuraavanlaisia aihe-alueita: omahoitajuutta koskevat lausumat, osaston ilmapiiriä koskevat lausumat, resursseihin liittyvät lausumat, hoidon laatua koskevat lausumat, ympäristöä koskevat lausumat ja henkilökunnan ominaisuuksia koskevat lausumat.

Joidenkin potilaiden mielestä omahoitaja oli hyvä asia (3 lausumaa). Osa potilaista ei ollut tiennyt, kuka oli oma hoitaja tai omahoitaja ei ollut erottunut muiden hoitajien joukosta. Jotkut toivoivat, että olisi ollut oma hoitaja ja 2 potilasta toivoi, että dialyysissäkin olisi omahoitaja. Yhden vastaajan mukaan omahoitaja oli ollut joskus epäystävällinen, yhden

mielestä kaikki olivat omia hoitajia. Joidenkin vastaajien mielestä hoitoaika oli niin lyhyt, etteivät he olleet oppineet tuntemaan omahoitajaansa, yksi vastaajista oli nähnyt omahoitajan vain leikkauspäivänä.

Osaston ilmapiiriä oli kuvattu hyväksi, leppoisaksi, kannustavaksi tai vapautuneeksi (10 lausumaa). Resurssit olivat potilaiden mielestä riittämättömiä. Potilaiden mukaan henkilökuntaa oli liian vähän, se oli hyvin kiireistä ja sillä oli liikaa työtä (10 lausumaa). Hoitajille vaadittiin myös lisää palkkaa. Kahden vastaajan mukaan henkilökuntaa oli riittävästi. Yhden vastaajan mielestä henkilökunnan työvuorot olivat outoja; hän epäili tällaisen mallin otetun teollisuudesta.

Enemmistö vastaajista piti hoidon laatua hyvänä (84 lausumaa). Hoitoa kuvattiin asialliseksi, hyväksi huolenpidoksi, luotettavaksi, turvalliseksi, joustavaksi, hyvin organisoiduksi ja yksilölliseksi. Myös parannuksia hoidon laatuun esitettiin: tietoa pitäisi antaa potilaalle enemmän, tieto on myös joskus ristiriitaista. Tietoa on annettu ammattikielellä; potilaat eivät ole ymmärtäneet sitä. Potilaat toivoivat myös omaa lääkäriä ja enemmän aikaa ja yksilöllisempää hoitoa lääkäriltä. Päivittäiset toimenpiteet olivat unohtuneet joskus tekemättä, monisairas ihminen ei mielestään ollut saanut asianmukaista hoitoa. Joku olisi halunnut hoidon alussa enemmän tukea, joku taas enemmän kannustusta ja välittämistä. Jollakin oli ollut sekaannusta tulovaiheessa lääkehoidossa ja joku oli kokenut ensiavun hoidon arvioinnin epävarmaksi. Ruuan laatua moitti moni huonoksi ja lisäksi ruoka oli liian maustettua, eikä kaikkien ruokailutottumuksia oltu huomioitu. Tosin kahden vastaajan mukaan ruoka oli hyvää. Ruuanjakajat eivät aina olleet ajan tasalla.

Ympäristöstä oli enemmän negatiivista kuin positiivista palautetta. Osastojen tilat olivat rapistuneet, huoneet olivat liian suuria, osastoilla oli siivotonta ja etenkin saniteettitilojen siivous oli huonoa (6 lausumaa). Röntgenissä oli ollut kylmä ja lisäksi vielä odotus siellä oli venynyt pitkäksi. Jonkun mukaan ympäristö oli ollut kodikas ja rauhallinen.

Henkilökuntaa oli kuvattu ammattitaitoiseksi (10 lausumaa), ystävälliseksi, empaattiseksi, huumorintajuiseksi, asialliseksi, avuliaaksi, työhönsä paneutuvaksi ja iloiseksi. Yhden tutkittavan mukaan yksi hoitaja oli väärällä alalla ja yksi hoitaja oli ollut epäystävällinen.

Mainintoja oli myös liian aikaisesta sairaalaan tuloajasta (klo 7 aamulla) ja pysäköintiongelmasta. Yksi tutkittavista ei ollut saanut ollenkaan huonepaikkaa ja oli vilustunut ja saanut flunssan. Yksi valitti tupakointi ongelmasta, potilastoveri oli myös loukannut häntä jotenkin. Yksi ei ollut saanut vaivaansa toivomaansa apua, vaan oli lähdössä kotiin tilaamaan aikaa yksityislääkärille.

9. POHDINTA

9.1 Tulosten luotettavuus

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkastellaan validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (luotettavuus) avulla. Validiteetti ei ole mittarin ominaisuus, vaan kuvaa sillä tehtyjä päätelmiä. (Nummenmaa ym. 1997.) Sisäinen validiteetti osoittaa sen, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetty mittaussuunnitelma mittaa sitä, mitä tutkimuksella on ollut tarkoitus selvittää. Mittarit on laadittu aikaisempien tutkimustulosten ja teorian perusteella. Perehdyimme yksilövastuiseen hoitotyön teoriaan perusteellisesti ottaen mukaan niin kotimaisia kuin ulkomaisia tutkimuksia.

Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi heikkous on, että vastaajat vastaavat valmiiksi muotoiltuihin kysymyksiin ja yleensä on valittava yksi vaihtoehto. Vastaajat saattavat ajatella hyvinkin erilaisia asioita, eikä tutkijalla ole mahdollisuutta perehtyä vastaajien ajattelutapaan. Tässä tutkimuksessa ei ollut vaihtoehtoa ”en osaa sanoa”, vaan vastaaja pakotettiin valitsemaan joku vaihtoehto. Vastaajilla oli kuitenkin mahdollisuus täydentää vastuksia avoimissa kysymyksissä ja monet vastasivatkin niihin. Sisäinen validiteetti kuvaa tutkimuksen loogisuutta ja tässä tutkimuksessa erityisesti potilasmittarin kysymykset näyttivät olevan selkeitä ja loogisia. Mittari olisi ollut vielä selkeämpi, jos väittämien 33-54 vaihtoehtoihin olisi lisätty vaihtoehto ”en halunnut / en tarvinnut” tai ”asia ei koske minua”. Hoitajien mittarissa oli joidenkin käsitteiden ymmärtämisessä epätarkkuutta. Epätarkkuus näkyi niin, että faktorianalyysin perusteella jouduimme yhdistämään aikaisempien tutkimusten perusteella laadittuja käsitteitä. Näitä muutamia vaikeasti tulkittavia kysymyksiä täytyy selventää mittarin jatkokehittämissä (kys.20, 22, 29, 51). Hoitajien mittarissa oli myös muutama kielteisesti muotoiltu osio; myös ne voivat vaikuttaa vastaukseen, joten seuraavassa mittarissa ne kannattaa kääntää myönteiseen muotoon (vrt. Töyry ym. 1999). Molemmille mittareille tekemämme eksploratiivinen faktorianalyysi on sopuissa yksilövastuiseen hoitotyön teoreettisen näkemyksen kanssa. Tämä tukee sisältövaliditeettia.

Sisäisen validiteetin uhkana voi olla henkilöiden valikoituminen tutkimukseen. Esimerkiksi huonokuntoiset potilaat jäävät tällaisen kyselytutkimuksen ulkopuolelle (esimerkiksi tässä tutkimuksessa terveydentilansa koki huonoksi / erittäin huonoksi vain 20 % vastanneista).

Myös se voi vaikuttaa tulokseen, kenelle hoitajat jakoivat kyselylomakkeita. On mahdollista, että kyselylomake muistettiin antaa paremmin niille potilaille, joilla oli omahoitaja. Ohje kuitenkin oli, että kyselylomake annetaan systemaattisesti kaikille, jotka ovat tutkimusaikana sairaalassa ja jotka suostuvat ja kykenevät vastaamaan kyselyyn. Potilaskyselyn yleistettävyyttä olisi parantanut satunnaisotos hoidetuista potilaista, jota kannattaa harkita uusinta mittauksessa. Tutkimuksen yleistettävyys kuuluu ulkoiseen validiteettiin. Tutkimus tehtiin koko sairaalassa lähes kaikilla osastoilla, joten tämän tuloksen voi yleistää koskemaan koko sairaalaa. Hoitajien vastausprosentti oli kokonaisotoksesta 68 % ja potilaat palauttivat 73 % jaetuista lomakkeista (kaikista hoidossa tutkimusaikana olleista potilaista vastasi 9 %), joten vastausprosentteja voi pitää hyvinä. Niillä osastoilla, joilla potilaskyselyn vastausprosentti jäi alle 50 %, tulosta voi pitää vain suuntaa-antavana. Validiteettia tukee myös se, että tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin tutkimuksen teoreettisessa osassa analysoiduissa tutkimuksissa.

Reliabiliteetti kuvaa mittauskohteen pysyvyyttä ja ei-sattumanvaraisuutta. Voidaan ajatella, että toteutettu tutkimus olisi jossain muodossa toistettavissa, vaikkei samaa kohderyhmää olisi enää saatavissa. (Lobiondo-Wood & Haber 1994, Alkula ym. 1994, Burns & Grove 1997.) Kyselylomakkeet oli täytetty huolellisesti; täyttämättömiä osia oli vähän ja hylkäämään jouduttiin vain 16 potilaan vastaukset. Potilaiden aineistosta muodostimme summamuuttujia yksilöllisyyden kokemuksesta ja hoitajien aineistosta yksilövastuisen hoitotyön periaatteista. Summamuuttujat eivät olleet yksiselitteisiä, mutta sopivat hyvin teoriaan, minkä mukaan käsitteet ovatkin osittain päällekkäisiä. Summamuuttujien reliabiliteetit olivat hyvä (0,71 – 0,86), mitkä osoittavat tulosten luotettavuutta.

9.2 Tulosten tarkastelua

9.2.1 Hoitotyön malli

Lähes puolet hoitohenkilökunnasta (47 %) sanoi toimivansa yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan. Neljän osaston hoitohenkilökunta sanoi työskentelevänsä yksinomaan yksilövastuisen mallin mukaan; muilla osastoilla oli käytössä useita eri malleja, joillakin osastoilla jopa viisi erilaista toimintamallia. Tästä voi päätellä, että osastoilla ei ole sovittu selkeästi, mitä toimintamallia heillä sovelletaan. Jos saman osaston henkilökunta kertoo toimivansa viiden erilaisen mallin mukaan, siitä voisi päätellä, että osaston toimintamallia ei

ole riittävästi pohdittu yhdessä, siihen ei ehkä olla sitouduttu tai mallia on päätetty käyttää ilman sisäistettyä tietoa.

Yli 80 % tutkituista piti yksilövastuista hoitotyötä sekä toimintamallina että filosofiana. Kahdella osastolla yksilövastuista hoitotyötä pidettiin enemmän toimintamallina ja kahdella enemmän filosofiana. Tämä tulos tukee teoreettisessa osassa esitettyjä päätelmiä. Jos yksilövastuinen hoitotyö nähdään vain filosofiana voi olla vaikea toimia sen mukaan käytännössä, koska käsitteet ovat abstraktit ja päällekkäiset (vrt. Pontin 1999). Yksilövastuisen hoitotyön käytännön sovellutus ja osastojen toimintaolosuhteet ovat erilaiset ja myös tästä johtuen yksilövastuinen hoitotyö nähdään ja toteutetaan eri tavoin (vrt. Perälä 1989).

Potilaista 51 % ilmoitti, että heillä oli omahoitaja. Myös henkilökunnasta 47 % sanoi työskentelevänsä yksilövastuisen filosofian mukaan, joten tulokset tukevat toisiaan. Niillä osastoilla, jotka ilmoittivat toimivansa pelkästään yksilövastuisen hoitotyön mukaan, kaikki potilaat eivät kuitenkaan ilmoittaneet, että heillä oli omahoitaja. Täydellinen omahoitajuus on ehkä vaikea toteuttaa käytännössä eri olosuhteista johtuen. Muutamalla osastolla kaikki potilaat ilmoittivat, että heillä oli omahoitaja; tämä johtunee ehkä enemmän aineiston valikoitumisesta kuin todellisesta tilanteesta. Naisilla oli useammin omahoitaja kuin miehillä. Ehkä naiset tuovat tarpeitaan ja tunteitaan helpommin esille ja näin heidän kanssaan on helpompi aloittaa hoitosuhde. On myös merkittävää, että kukaan potilaista ei valinnut vaihtoehtoa ”en halunnut omahoitajaa”. Tämä merkinnee sitä, että potilaat pitävät omahoitaja - mallia hyvänä ja toivottavana.

Omahoitaja nimettiin 85 %:lle tulopäivänä tai seuraavana päivänä. Kuitenkin 15 %:lle omahoitaja nimettiin jolloinkin muulloin. Tämä poikkeaa yksilövastuisen hoitotyön teoriasta, minkä mukaan omahoitaja pitäisi nimetä 12 tunnin kuluessa hoitoon tulosta. Potilas sai tiedon omahoitajasta pääasiassa suullisesti tulevalta omahoitajalta; tämä lieneekin hyvä tapa luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseksi. Kuitenkin lähes 10 % sai tiedon kiertoteitse: mm. vierustoveri kertoi, potilas huomasi itse taulusta, lääkäri kertoi); tämä ei tue teorian käsitystä tasavertaisesta yhteistyösuhteesta.

Vaikka 51 % potilaista ilmoitti, että heillä oli omahoitaja, potilailla oli kuitenkin puutteelliset tiedot omahoitajan tehtävistä. Parhaiten oli potilaalle selvitetty, että omahoitaja

pitää yhteyttä muihin ammattiryhmiin, suunnittelee potilaan kanssa hoitoa ja tukee potilasta ja omaisia. Vain 10 % :lle potilaista oli kerrottu, että omahoitaja ohjaa ja neuvoo heitä. Noin 15 % :lle oli kerrottu, että omahoitaja antaa heille tietoa ja auttaa päivittäisissä toimissa. Näistä luvuista voisi päätellä, että yksilövastuuisen hoitotyön sisältöä ei ole selvitetty potilaalle. Tämä voisi viitata siihen, että kyseessä olisi enemmänkin nimetty hoitaja (named nurse) (vrt. Steven 1999), kuin yksilövastuuisen hoitotyön periaatteiden mukaan toimiva omahoitaja. Lähes 16 % potilaista ei tiennyt oliko heillä omahoitaja vai ei, myös tämä voi viitata siihen, että hoitajat eivät tuo rooliaan selvästi esille potilaalle.

9.2.2 Hoitotyön periaatteet ja niiden toteutuminen

9.2.2.1 Potilaskeskeisyys ja osallistuminen omaan hoitoon hoitajien ja potilaiden arvioimana

Hoitohenkilökunta vastasi tekevänsä potilaskeskeistä työtä. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet hoitajat sanoivat antavansa tietoa ja huomioivansa potilaan toiveet. Potilaskeskeisyyttä kuvaavan summamuuttujan osioista potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja sen suunnitteluun toteutui huonoiten hoitajien arvioimana. Hoitajien mukaan potilasta ei aina oteta mukaan hoitonsa suunnitteluun (lähes 40 % sairaanhoitajista ja 46 % perushoitajista vastasi näin). Lähes 30 % hoitohenkilökunnasta oli myös sitä mieltä, että potilaat eivät tiedä, kuka vastaa heidän hoidostaan. Potilaiden vastaukset tukivat tätä tulosta; yli 20 % tutkituista ei ollut voinut osallistua hoitonsa suunnitteluun. Toimintamallilla ei ollut eroa hoitajien arvioimana, mutta ne potilaat, joilla oli oma hoitaja, kokivat voivansa osallistua paremmin omaan hoitoonsa, myös heidän toivomuksensa hoidon aikana huomioitiin paremmin. Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta on sisäistänyt potilaskeskeisen hoidon periaatteet ja toimii niiden mukaan toimintamallista riippumatta. Ehkä hoitajilla on kuitenkin vielä historiallisena painolastina ajatus potilaan passiivisesta roolista eikä potilasta aina oteta mukaan hoitonsa suunnitteluun, vaikka potilas sitä haluaisikin.

Potilaista 25 % oli sitä mieltä, että heidän jokapäiväisiä tottumuksiaan ei ollut selvitetty. Muuten potilaat kokivat voivansa osallistua omaan hoitoonsa hyvin. Potilaat myös näyttävät haluavan osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, koska yli 80 % tutkittavista halusi ottaa vastuuta omaa hoitoaan koskevissa asioissa. Ne potilaat, joilla oli omahoitaja, halusivat ottaa vastuuta hoidostaan enemmän ja he olivat myös kokeneet saavansa enemmän tukea

hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaat ovat kokeneet sairaalan ilmapiirin avoimeksi, koska lähes kaikki ovat uskaltaneet ilmaista oman mielipiteensä hoidostaan. Vaikka lähes kaikki hoitajat sanoivat antavansa potilaalle tietoa, potilaista 16 % ei ollut saanut tietoa voidakseen osallistua hoitonsa suunnitteluun. Ne potilaat, joilla oli omahoitaja olivat saaneet enemmän tietoa hoitonsa suunnittelemiseksi. Tiedon puute tulee monessa aikaisemmassa tutkimuksissa esiin (vrt. Murtola 1993), mutta tämän tutkimuksen mukaan potilaat saavat kuitenkin melko hyvin tietoa (84 % potilaista vastasi saaneensa hyvin tietoa). Tiedon antamiseen ja vastaanottamiseen vaikuttaa hyvin moni asia. Hoitohenkilökunnalla voi itsellään olla tiedon puutetta tai työkiireessä ei ehkä ehdi soveltaa tietoa juuri tietylle potilaalle. Potilaalla voi myös olla sairauden takia ahdistusta, huolia tai pelkoa, minkä takia tieto ei tavoita häntä. Omahoitajuus näyttää mahdollistavan vähän paremmin potilaan tiedon saannin ja osallistumisen omaan hoitoonsa.

Potilaskeskeisyys hoidossa näyttää siis toteutuvan hyvin niin potilaiden kuin hoitajienkin arvioimana. Ammattiryhmistä kättilöt ja mielenterveyshoitajat toteuttivat mielestään parhaiten potilaskeskeistä hoitoa. Näillä osastoilla myös ilmoitettiin pääasiassa toimittavan yksilövastuisen toimintamallin mukaan. Hoitajien vastauksissa ei ollut eroa eri toimintamallien suhteen, mutta omahoitajan saaneet potilaat kokivat enemmän voivansa osallistua omaan hoitoonsa (vrt. Pakarinen 1992, Nissen, Boumans & Landeweerd 1997). Yksilövastuinen hoitotyö näyttää näin mahdollistavan paremmin hoidon potilaskeskeisyyden ja potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa (vrt. Perälä 1989, Munnukka 1993, Pukuri 1997).

9.2.2.2 Hoidon jatkuvuus, joustavuus ja oikea-aikaisuus hoitajien ja potilaiden arvioimana

Hoitohenkilökunta arvioi huomioivansa hoidon jatkuvuuden hyvin. Hoitajista noin 19 % oli kuitenkin lähes tai täysin eri mieltä väittämistä ”suunnittelen potilaan hoidon muuhun hoitoon sopivaksi”. Yksilövastuista toimintamallia ja ryhmätyömallia käyttävät hoitajat vastasivat huomioivansa hoidon jatkuvuuden paremmin kuin muita toimintamalleja käyttävät, mikä sopii hyvin teoriaan (vrt. Perälä 1989, Munnukka, 1993, Pukuri 1997).

Hoidon jatkuvuus toteutui hyvin myös potilaiden arvioimana. Myös hoidon juostavuus ja oikea-aikaisuus toteutuivat hyvin toimintamallista riippumatta. Potilaat kokivat kuitenkin ongelmaksi eri hoitopaikkojen välisen joustavan yhteistyön. Psykiatristen osastojen potilaat

kokivat hoidon jatkuvuuden toteutuneen huonommin kuin muiden osastojen potilaat. Tämä voisi johtua ehkä potilaiden sairaudesta. Nuoremmat potilaat suhtautuivat vanhempia potilaita kriittisemmin kokemukseen hoidon joustavuudesta ja jatkuvuudesta.

Suurin osa potilaista (yli 90 %) oli kokenut, että hoitajilla oli heille riittävästi aikaa. Noin 16 % potilaista oli eri mieltä väittämästä ”hoitajat työskentelivät kiireettömästi”. Tässä oli myös osastojen kesken tilastollisesti merkitseviä eroja; tällaisia osastoja oli niin konservatiivisella kuin operatiivisellakin alueella. Voi olla, että kun potilaat näkevät ja kokevat, että hoitajilla on kiire, he tyytyvät vähempään aikaan ja huomioon ja ovat tyytyväisiä siihen hoitoon, mitä he saavat.

9.2.2.3 Itsenäisyys / vastuullisuus hoitajien arvioimana

Hoitohenkilökunta koki työnsä vastuulliseksi. He voivat kysyä neuvoa kollegoilta, sanovat arvostavansa työtoverinsa työtä, voivat käyttää työssään tietojaan ja taitojaan ja voivat oppia työssään uutta. 2 - 10 vuotta samalla osastolla työskennelleet kokivat työnsä itsenäisemmäksi ja vastuullisemmaksi kuin muut. Näyttää siltä, että on työskenneltävä tietyn aikaa samalla osastolla, ennen kuin hoitaja voi kokea työnsä itsenäiseksi ja vastuulliseksi. Tehtäväkeskeistä toimintamallia käyttävät hoitajat kokivat työnsä vähemmän itsenäiseksi ja vastuulliseksi; tämä olikin yksi syy yksilövastuuisen hoitotyön kehittämiseksi. Ryhmätyömallia ja tehtäväkeskeistä mallia käyttävät kokivat myös enemmän työnsä osatehtävien suorittamiseksi kuin muita malleja käyttävät. Perushoitajista noin 60 % ja sairaanhoitajista 25 % piti työtään osatehtävien suorittamisena (vrt. Perälä 1985). Perushoitajilla ei ole kokonaisvastuuta potilaan hoidosta ja he voivatkin helposti kokea tekevänsä yksittäisiä työtehtäviä. Ne sairaanhoitajat, jotka näkevät työnsä osatehtävinä, ehkä eivät näe potilaan hoitoa kokonaisuutena. Kun 22 % yksilövastuista toimintamallia käyttävistä hoitajista piti työtään osatehtävien suorittamisena, voisi olettaa, että joko he eivät ole sisäistäneet yksilövastuuisen hoitotyön mallia ja periaatteita tai heillä ei ole ollut edellytyksiä toteuttaa haluamaansa mallia.

Toimivaltansa koki puutteelliseksi sairaanhoitajista 21 % ja perushoitajista 36 %. Kätilöt kokivat toimivaltansa riittäväksi. Kun hoitaja kokee toimivaltansa rajoitetuksi, ei hän voi toimia täysin yksilövastuuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Moduli - ja tiimi - mallia

käyttävät kokivat toimivaltansa eniten rajoitetuksi. Tähän voisi olla yhtenä syynä tiimin- tai ryhmänjohtajan vaikutus. Lähes 50 % hoitajista vastasi toimivansa yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan. Kuitenkin 52 % yksilövastuisen mallin mukaan toimivista hoitajista sanoi ryhmän vastaavan hoitajan vastaavan potilaan hoidosta työvuoron ajan. Sairaanhoitajista 63 % sanoo olevansa samaa tai lähes samaa mieltä väittämästä ”ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta työvuoron ajan”, joten tästä voisi ajatella, että yksilövastuuseen hoitotyöhön liittyvää vastuuta ei olla vielä täysin sisäistetty.

Hoitohenkilökunta kokee työnsä itsenäiseksi ja vastuulliseksi, mutta osa henkilökunnasta kokee toimivaltansa puutteelliseksi. Kätilöt kokivat toimivaltansa riittäväksi. Kätilöt ovat perinteisesti työskennelleet itsenäisesti ja näissä yksiköissä on myös toimintamallina ainoastaan yksilövastuinen hoitotyö. Tämänkin tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyön malli näyttää siis lisäävän hoitajien itsenäisyyttä ja vastuullisuutta (vrt. MacMahon 1990, Nissen, Boumans & Landeweerd 1996, Pukuri 1997, Haapala & Hyvänen 2001).

9.2.3 Yksilövastuisen hoitotyön edellytykset

Edellytykset yksilövastuuseen hoitotyöhön eivät ole täysin kunnossa. Parhaiten hoitajat voivat hoitaa työvuorossa ollessaan omia potilaitaan. Työvuorot myös mahdollistivat melko hyvin omahoitajana toimimisen. Kaikki eivät kuitenkaan olleet voineet vastata potilaan hoidosta koko potilaan hoitajakson ajan. Tästä tutkimuksesta ei selviä, miksi hoitajat eivät ole voineet vastata potilaan hoidosta koko hoitajaksoa, jos työvuorot ovat mahdollistaneet omahoitajana toimimisen. Ehkä 24 tunnin vastuuta ei ole pohdittu yksikössä niin paljon, että se olisi sisäistetty; ehkä kokonaisvastuu nähdään myös liian vaativana. Myös Haapalan ja Hyvösen (2001) tutkimuksen mukaan 24 tunnin vastuuta potilaan hoidosta pidettiin vähiten tärkeänä ja konkreettisenä omahoitajan toiminnan kriteerinä. Koko hoitajakson kestävä vastuu potilaasta pitäisi kirjallisuuden mukaan turvata kirjallisella hoitotyönsuunnitelmalla (vrt. Myöhänen 1985, Zander 1985, Lukander 1991, Munnukka 1993). Akuutisairaalassa potilaan tila ja vointi vaihtelee hyvin nopeasti. Usealle päivälle (esim. vapaa päivien ajaksi) on vaikea laatia hoitosuunnitelmaa. Tällöin tehtävä siirtyisi korvaavalle hoitajalle. Korvaava hoitaja voi kokea vastuun hoitosuunnitelman laatimisesta raskaana, mikä voi olla yksi este yksilövastuisen hoitotyön mallin käyttöönottamiseen. Tällöin paetaan helposti työvuoron kestävään vastuuseen, mikä ei ole yksilövastuisen hoitotyön teorian mukaista. Näin ollen

omahoitajan ja korvaavan hoitajan roolit ja vastuut tulisikin sopia tarkkaan osastolla. Vastaajien mukaan moniportainen ammatillinen rakenne ei ehkä anna riittäviä puitteita yksilövastuun toteuttamiseen. Myös kirjallisuudessa on kuvattu samansuuntaisia ongelmia (vrt. Reed 1988, Perälä 1989, Harkila 1991, Pukuri 1997, Melchior ym. 1999, Paasovaara 2000).

Hoitajilla ei myöskään ollut mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaansa hoitoon. Erityisesti sairaanhoitajat (49 %) ja perushoitajat (62 %) kokivat näin. Kun hoitajilla ei ole aikaa rauhassa paneutua potilaan hoitoon, on heidän vaikeaa toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä. Myös potilaiden mukaan henkilökuntaa oli liian vähän ja sillä oli liikaa työtä. Kun hoitoaika oli lyhyt, potilas ei oppinut tuntemaan omaa hoitajaansa, koska ei tavannut häntä kun tulovaiheessa. Tällöin potilas ei nähnyt omahoitajasta olevan hänelle paljon hyötyä. Myös muiden tutkimusten mukaan resurssipula voi olla yksilövastuun toteuttamisen esteenä (vrt. Harkila 1991, Pakarinen 1992, Paasovaara 2000).

Hoitohenkilökunta kokee myös saavansa työstään harvoin kiitosta. Näin koki 61 % perushoitajista ja 42 % sairaanhoitajista. Kätilöistä vain muutama koki saavansa harvoin kiitosta ja mielenterveyshoitajista ei yksikään. Kiitoksen vähyys nähdään myös Paasovaaran (2000) mukaan uhkana yksilövastuun toteuttamiselle. Kiitoksen antaminen ja saaminen eivät kuulu perinteiseen suomalaiseen kulttuuriin, joten positiivisen palautteen antamista pitäisi opetella. Kiitoksen saamisella on suuri merkitys ihmisen motivointiin (vrt. Mäkinen 1985).

9.2.3.1 Osastonhoitajan rooli

Osastonhoitajalla on tärkeä rooli yksilövastuun toteuttamisen edellytysten luomisessa. Tämän tutkimuksen mukaan osastonhoitajat tukevat henkilökunnan toimimista omahoitajana. Henkilökunta kokee melko hyvin voivansa turvautua osastonhoitajan apuun; vain 17,5 % tutkittavista oli eri mieltä väittämästä. Osastonhoitaja tukee myös melko hyvin hoitajien toimimista omahoitajana; noin 26 % hoitajista oli tyytymättömiä osastonhoitajan tukeen. Hoitajista lähes 25 % mielestä osastonhoitaja ei johda hoitotyötä osastolla. Tämä vastaus herättää ajatuksen, kuka hoitotyötä johtaa osastolla, jos ei osastonhoitaja. Voisiko tämä johtua siitä, että tiimin - ja ryhmänjohtajan roolit ja osastonhoitajan roolit ovat menneet sekaisin (vrt. Boumans ym. 1997).

Tämän tutkimuksen mukaan osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitamiseen. Tietääkseen osaston tilanteen osastonhoitaja voi osallistua käytännön hoitotyöhön. Osastonhoitajan pääasiallinen tehtävä on kuitenkin osaston toiminnan ja resurssien organisointi ja muun henkilökunnan työn mahdollistaminen (vrt. Zander 1985, Harkila 1991, Lukander 1993). Jos osastonhoitaja toimii osastolla varatyövoimana, hän ei ehdi keskittyä varsinaiseen työhönsä. Tähän voisi viitata myös se, että neljännes vastaajista kokee osastonhoitajan tuen puutteellisena.

Yksi tärkeimmistä osastonhoitajan tehtävistä on kannustavan ja avoimen ilmapiirin luominen osastolle. Tämän tutkimuksen mukaan osastonhoitajat toimivat melko hyvin tämän tavoitteen saavuttamiseksi, vaikka hoitajista 19 %:n mielestä osastonhoitaja ei tue heitä koulutuksen hankkimisessa. Kuitenkin yli 70 % hoitajista oli tyytyväisiä koulutukseen osallistumismahdollisuuksiinsa. Osastoilla voisi kiinnittää huomion niihin hoitajiin (10 %), jotka eivät vuoden aikana olleet osallistuneet kertaakaan sisäiseen koulutukseen. Sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen ei ollut osallistunut kertaakaan 44 % tutkituista. Osaksi tämä johtunee osastojen vähäisistä koulutusmäärärahoista, osaksi henkilökunnan omasta aktiivisuudesta ja koulutushalukkuudesta.

9.2.4 Yhteistyösuhde ja omahoitajan ominaisuudet

Potilaat olivat tyytyväisiä omahoitajiinsa. Arvioidessaan kouluarvosanoin omahoitajia, muita hoitajia ja osaston muuta henkilökuntaa, potilaat antoivat omahoitajalleen hieman paremman arvosanan kuin muille. Kuitenkin kaikkien arvosanojen keskiarvot olivat yli 9, minkä mukaan potilaat olivat erittäin tyytyväisiä kaikkiin hoitoonsa osallistuvien työhön. Tässä kontekstissa on kuitenkin muistettava nk. onnellisuusmuuri, minkä mukaan terveystutkimuksissa potilaat antavat lähes aina todellista mielipidettään paremman arvosanan.

Potilaiden mukaan omahoitajat olivat ammattitaitoisia, vastuuntuntoisia, suhtautuivat vakavasti potilaaseen ja hyväksyivät tämän omana itsenään. Jotkut olisivat halunneet, että omahoitaja olisi antanut heille enemmän aikaa ja muutaman potilaan mielestä omahoitaja ei aina ollut luottamusta herättävä. Yli 60 % potilaista vastasi arvioineensa hoitoaan yhdessä omahoitajansa kanssa aina tai melkein aina, vain 5 % vastanneista ei ollut koskaan arvioinut

hoitoaan yhdessä omahoitajansa kanssa. Yli 70 % potilaista tiesi omahoitajansa työssäolon. Tämän tutkimuksen mukaan yhteistyösuhteen ulkoiset edellytykset olivat kunnossa omahoitajan ja potilaan välillä. Eniten omahoitaja lisäsi potilaalle turvallisuuden tunnetta. Omahoitaja myös edisti hoidon jatkuvuutta, antoi tukea ja oli ajan tasalla hoidon suhteen. Potilaat siis pitivät omahoitajaa hyvänä ja toivottavana asiana. Vain 12 tutkittavaa ei nähnyt mitään hyötyä omahoitajasta.

Tämän tutkimuksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö on sairaalassamme kehitysvaiheessa. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat tiedossa, potilaskeskeisyys toteutuu, mutta hoitotyön itsenäisyys / vastuullisuus ei täysin toteudu yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaan. Monella osastolla oli käytössä monta eri toimintamallia ja muutamalla osastolla oltiin siirtymässä tiimityöskentelyyn. Jos tiimityö-malli nähdään yksilövastuisen hoitotyön tukena, se voi olla yksi askel kohti professionaalista hoitotyötä. Mutta, jos se nähdään yksilövastuisen hoitotyön vaihtoehtona, se voi olla askel pois päin professionaalisuuden kehityksestä, sillä tiimissä kokonaisvastuu potilaasta voi olla koko ryhmällä tai pahimmassa tapauksessa tiimin johtajalla. Näyttää siltä, että yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat hallinnassa, mutta suurin ongelma on sen käytännön organisoinnissa. Ongelmia näyttää olevan myös yksilövastuisen hoitotyön edellytyksissä (mm. resurssipula, johtajuus, palautteen saaminen / antaminen). Parhaimmillaan yksilövastuinen hoitotyö voisi kuitenkin mahdollistaa sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajentamisen, joka puolestaan lisäisi työn mielekkyyttä sekä ammatillista ja ammatti-identiteetin kasvua.

9.2.5 Keskeiset päätelmät

- Noin puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista vastasi, että heillä oli omahoitaja; potilaat eivät kuitenkaan tieneet mitä omahoitaja tekee (tieto omahoitajan tehtävistä vaihteli 10 % ja 32 % välillä). Tämä voisi viitata siihen, että yksilövastuisen hoitotyön vaatima kokonaisvastuu ei täysin toteudu, vaan kyseessä voisi olla työvuorokohtainen vastuu (nk. nimetty hoitaja).
- Sekä potilaat että hoitajat pitävät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä toimintamallina. Potilaille omahoitaja lisäsi turvallisuutta, hoidon jatkuvuutta ja antoi tietoa. Osastoilla oli useita erilaisia toimintamalleja; vain muutamalla osastolla oli selkeästi sovittu yksi

toimintamalli. Yksilövastuuisen toimintamallin mukaan toimivat hoitajat kokivat työnsä vastuullisemmaksi ja itsenäisemmäksi kuin muiden mallien mukaan toimivat. Käsitteitä tulkittiin monella tavalla, mikä viitannee siihen, että käsitteitä ei ehkä ole riittävästi pohdittu yhdessä ja sovittu niiden soveltamista omaan yksikköön.

- Kaikki hoidon periaatteet toteutuivat potilaan hoidossa yhtä hyvin niin hoitajien kuin potilaidenkin arvioimana toimintamallista riippumatta. Potilaat olivat myös pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa ja pitivät hoidon laatua hyvänä. Tyytymättömyyttä oli eniten ympäristöä kohtaan (rapistuneet tilat, pesutilojen siivous). Tästä voisi päätellä, että yksilövastuuisen hoitotyön keskeiset periaatteet ovat samat kuin hoitotyön yleiset periaatteet (vrt. Pontin 1999). Yksilövastuuisen hoitotyön voisi nähdä hoitotyön mallina, jonka perustana ovat hoitotyön yleiset periaatteet. Yksilövastuuisen hoitotyön malli mahdollistaa tämän hetkisistä hoitotyön malleista parhaiten hoitajien itsenäisyyden, vastuullisuuden, itsensä kehittämisen ja työtyytyväisyyden.
- Hoitotyön edellytysten (ammattitaito, resurssit ja johtajuus) on oltava kunnossa, ennen kuin yksilövastuuisesta hoitotyöstä voi toteuttaa. Hoitotyön johtajan rooli korostuu nimenomaan tukijana, mahdollistajana ja kannustajana. Henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseksi ja motivoimiseksi toimipaikkakoulutus on tärkeää. Kun henkilökuntaresursseja on liian vähän, kannattaisi järjestää omahoitaja ainakin niille potilaille, jotka ovat toistuvassa hoitosuhteessa, jotka tarvitsevat paljon tukea, ohjausta ja neuvontaa tai ovat useita vuorokausia sairaalassa. Lyhyessä hoitosuhteessa potilaat eivät nähneet omahoitajasta olevan paljon hyötyä.
- Hoidon laadun ja yksilövastuuisen hoitotyön toteutumisen asteen tietämiseksi uusintamittaus pitäisi tehdä päivitettyillä mittareilla muutaman vuoden välein, koska ihmistieteissä teoria muuttuu koko ajan, kun käytäntö ja olosuhteet muuttuvat (Erätuuli ym.1994). Osa tämän tutkimuksen potilasaineistosta voi olla valikoitunut; lisäksi joillakin osastoilla vastasi vain muutama potilas. Seurantatutkimuksessa kannattaisi käyttää potilasaineiston keräämisessä satunnaisotantaa hoidetuista potilaista.

Tämän tutkimuksen mukaan potilaskeskeinen hoito toteutuu hyvin, mutta yksilövastuuisen hoitotyö on vielä kehitysvaiheessa. Erityisesti kokonaisvastuun ottaminen potilaasta koko hoitojakson ajaksi on vielä ongelmallinen asia. Hoitajat kokivat kuitenkin yksilövastuuisen

hoitotyön mielekkääksi, omaa työtä laajentavaksi työksi. Yksilövastuista hoitotyötä haluttiin toteuttaa, mikäli edellytykset sen toteuttamiseen ovat kunnossa. Potilaat pitivät yksilövastuista hoitotyötä hyvänä, toivottavana ja turvallisuutta lisäävänä asiana. Vain muutamat vähän aikaa sairaalassa olleet potilaat eivät nähneet omahoitajasta olevan hyötyä.

Tässä tutkimuksessa oli myös tarkoituksena kehittää mittarit sekä hoitajille että potilaille mittaamaan yksilövastuisten hoitotyön toteutumista. Tutkimuksessa ilmenneet mittareiden puutteet korjataan ja uusintamittaus suositellaan tehtäväksi noin kolmen vuoden kuluttua korjatuilla ja ajan tasalle päivitetyillä mittareilla. Mittareiden sisältöä tulisikin koko ajan pyrkiä kehittämään niin, että ne kuvaavat syvällisemmin hoitajien työtä, osastonhoitajien roolia ja potilaiden saamaa hoitoa.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva.

Ansel, W. 2001. Multidisciplinary team working in urological cancer: one CNS' role. *Professional Nurse* 17 (4), 243-246.

Bennet-Emslie, G. & McIntosh, J. 1995. Promoting collaboration in the primary care team – the role of the practice meeting. *Journal of Interprofessional Care* 9 (3), 251-256.

Bislimi, R. & Suominen, T. 2002. Hoitotyön asiantuntija tiimihoitamisen tukena. *Sairaanhoitaja* 1/2002, 21–23.

Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. 1996. A Dutch study of effects of primary nursing on job characteristics and organizational processes. *Journal of Advanced Nursing* 24, 16-23.

Burns, N. & Grove, S. 1997. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. Third edition. Philadelphia : W. B. Saunders.

Cardner, K. 1991. A summary of findings of a five-year comparison study of primary and team nursing. *Nursing Research* 40 (2), 113-117.

Chase, S.K. 1997. Charting critical thinking: nursing judgements and patients outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing* 16 (2), 102-111.

Erätuuli, M., Leino, J. & Yliluoma, P. 1994. *Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä*. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Goode, D. & Rowe, K. 2001. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Care Nursing* 17, 294-303.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L. & Kyngäs, H. 1998. Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing* 27, 927-932.

Grey, M. 1994. *Data Collection Methods*. Chapter 14. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3: s painos. *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. St. Louis, Missouri : Mosby-Year Book, 344-364.

Haapala, T. & Hyvönen, K. 2001. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Haavisto, M-L. 1991. Inhimillisten tarpeiden tyydyttyminen yksilövastuisessa hoitotyössä ja ryhmätyömallia toteuttavassa hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Harkila, A. 1991. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. *Lisensiaattitutkimus*. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Helin, K. & Lumpeinen, M. 1998. Yksilöllisyys hoitotyössä. Teoksessa Hoitotyön ulottuvuuksia – näkökulmia ammattikieleen. Toim. Suomen sairaanhoitajaliiton sanastotyöryhmä. Tummavuoren kirjapaino. Vantaa.

Hurme, R. & Pesonen, M. Englantilais - suomalainen suursanakirja. WSOY, Porvoo 1987.

Jackson, B. 1994. Legal and ethical issues. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3:s painos. Nursing reseach. Methods, critical appraisal and utilization. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book, 313-343.

Kiikkala, I. 1985. Omahoitaja. Opinnäytetyö. Terveydenhuollon koulutusohjelma. Tampereen yliopisto.

Koponen M. 1999, Kirurgisten potilaiden kokemuksia yhteistyöstä hoitohenkilöstön kanssa vuodeosastohoidon aikana. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kukkola, O. & Pulkkinen, R. 1991. Hoitotyön nykytilanne: Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen vuodeosastoilla. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.

Krause, K. 1987. Esipuhe suomalaiseen laitokseen. Teoksessa Hegyvary Sue T. Yksilövastuinen hoitotyö. Kirjayhtymä. Helsinki.

Kylävalli, A. 1995. Potilaiden kokemuksia yksilövastuisen hoitotyön keskeisten periaatteiden toteutumisesta Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella yksilövastuisen hoitotyön projektiin osallistuneilla vuodeosastoilla. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Lehtoranta, R. 1986. Vastuuhoitajamallin soveltuvuus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lastenklinikan veri- ja syöpätautien osastolle. HYKS. Tutkimusjulkaisuja2/1986.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1994. 3:s painos. Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book.

Long, S. 1996. Primary health care team workshop: team members' perspectives. Journal of Advanced Nursing 23, 935-941.

Lukander, E. 1993. Vastuuhoitajamallin toteutumisen arviointi, tutkielma, Helsingin yliopistollinen sairaala. Tutkimusjulkaisuja 4/93.

Luotolinna-Lybeck, H. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Hoitotiede 3 (3), 96-102.

McMahon, R. 1990. Power and collegial relations among nurses on wards adopting primary nursing and hierarchial ward management structures. Journal of Advanced Nursing 15, 232-239.

Mead D.M., Mooseley L.G., & Cook R.M. 1997. Can feedback be individualised, useful and economical? Int. J. Nurs.Stud. 34 (4), 285-294.

Melchior M.E.W., Halfens R.J.G., Abu-Saad H.H., Philipsen H., van den Berg A.A. & Gassman P. 1999. The effects of primary nursing on work-related factors. *Journal of Advanced Nursing* 29 (1), 33-96.

Munnukka T. 1993, Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön, Tampereen yliopisto väitöskirjatyö, *Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 375*, Vammalan kirjapaino oy, Vammala.

Murtola, E. 1993, Potilaiden kokemuksia yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden toteuttamisesta vuodeosastolla, *Pro Nursing Ry. Julkaisusarja C*.

Mäkinen, A. 1985. Omahoitajakäytännön ja sen vaikutuksia arvioivien tutkimusten tarkastelua. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Tampere.

Mäkisalo, M. 1999. ”Me teemme sen” Hoitotyöntekijät oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Kirjayhtymä Oy. Tampere

Nissen, J.M., Boumans, N.P.G. & Landeweerd, J.A. 1997. Primary nursing and quality of care: a Dutch study. *Int. J. Nurs. Stud.* 34(2), 93-102.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY. Porvoo.

Nunnally, J. C. 1978. *Psychometric theory*. Second Edition. McGraw- Hill Book Company. New York.

Nykysuomen sanakirja 1-5.1983. Suomalaisen kirjallisuuden seura. WSOY. Porvoo-Helsinki-Juva.

Paasovaara, S. 2000. Sairaanhoidajien näkemyksiä yksilövastuudesta hoitotyöstä ja omahoitajuudesta. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.

Pakarinen, K. 1992. Yksilövastuiseen hoitotyön kehittämisohjelman alkukartoitus Pohjois-Karjalan keskussairaalassa. Pro gradu tutkielma. Terveyshallinnon ja – talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön: vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. *Lisensiaattityö*. Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto.

Perälä M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (qualpacs) validaatio. Sosiaali - ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 56. Kirjapaino Gummerus Oy. Jyväskylä.

Perälä, M-L (toim.). 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Stakes.

- Pontin, D. 1999. Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 584-591.
- Puhakka, P. 1996. Sairaanhoidajien ja kätilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Pukuri, T. 1997. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Reed, S.E. 1988. A comparison of nurse-related behaviour, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. *Journal of Advanced Nursing* 13, 383-395.
- Roine, E., Töyry E. & Vehviläinen - Julkunen K. 1998 Tyytyväinen vai tyytymätön-potilasarviot hoidon ihmisläheisyydestä. Alkuperäistutkimukset. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No. 50/1998
- Ruland, C.M., Kresevic, D.& Lorensen, M. 1997. Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of Clinical Nursing* 6, 495-504.
- Saramäki K. 1997. Psykiatristen sairaalapotilaiden arvio omahoitajan toimintojen hyödyllisyydestä ja toteutumisesta. Pro gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Van Servellen, G. 1988. Nurses' perspectives of individualized care in nursing practice. *Western Journal of Nursing Research*. 10 (3), 291-306.
- Shukla R.K. & Turner W.E. 1984. Patients perception of care under primary and team nursing, *Research in Nursing and Health* 7, 93- 99.
- Shuldham C. 1999, Pre-operative education-a review of the research desing. *International Journal of Nursing Studies* 36, 179-187.
- Steven, A.1999. Named nursing: in whose best interest? *Journal of Advanced Nursing* 29(2), 341-347.
- Suhonen R. 1997. Yksilöllinen hoito potilaan kokemana. Pro Gradu tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Tonges, M.C., Rothstein, H.& Carter, H.K. 1998. Sources of satisfaction in hospital nursing practice. *JONA* 28 (5), 47-61.
- Töyry, E., Herve, R., Mutka, R., Savolainen, P. & Seppänen, M. 1998. Ethics in health care management: developing an instrument to assess humane caring. *Nursing Ethics* 5 (3), 228-235.
- Töyry, E., Sonninen, A-L. & Meriläinen, P. 1999. Ihmisläheinen hoito- mittarin kielteisesti ja myönteisesti ilmaistujen väittämien yhteys niihin vastaamiseen ja mittarin luotettavuuteen. *Hoitotiede* 11 (4), 163-182.
- Vanclay, L. Teamworking in primary care. *Nursing Standard* 12 (20), 37-38.

Voutilainen, P. 1994. Vastuullisuuden käsitteen käsiteanalyttinen tarkastelu, mittarin kehittäminen ja arviointi. Licensiaattitutkimus. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Voutilainen, P. 1998. Vastuullisuus. Teoksessa Hoitotyön ulottuvuuksia – näkökulmia ammattikieleen. Toim. Suomen sairaanhoitajaliiton sanastotyöryhmä. Tummavuoren kirjapaino. Vantaa.

Wade, G. H. 1999. Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 310-318.

Yleinen suomalainen asiasanasto. 1999. Toim. Kärki, E., Pulli, R., Käkelä, R., Salomäki, R., & Virtanen, L. Helsingin yliopiston kirjasto. Helsinki. 3.painos. tai <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

Zander, K. 1985. Second generation primary nursing, a new agenda. *The Journal of Nursing Administration*, March 1985, 18-24.

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Tutkimusaikana osastoilla olleet ja tutkimukseen osallistuneet potilaat osastoittain.

Osasto	Tutkimusaikana hoidetut potilaat (n)	Jaetut kyselyt (n)	Vastanneet (n)	Vastanneet hoidetuista potilaista (%)	Vastaus % jaetuista lomakkeista (%)
os 1A	144	30	16	11	53
os 1B	50	20	9	18	45
os 1G	104	30	21	20	70
os 2 A/C	509	60	49	10	82
os 2B	264	30	23	9	77
os2G	387	20	19	5	95
os 3A	409	30	28	7	93
os 3B	165	27	19	12	70
os 3C	282	27	21	8	78
os 4	199	30	13	7	43
os 5	258	30	27	11	90
os 6	252	30	25	10	83
os 8	266	30	7	3	23
os 9	330	20	17	5	85
os 11	57	20	15	26	75
Lyhki	57	10	9	16	90
os 51	63	10	9	14	90
os 57	49	10	8	16	80
tarkk.os	tieto puuttuu	10	5		50
os.puuttuu			6		
Yhteensä	3845	474	346	9	73

Liitetaulukko 2. Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta osastoittain

Osasto	Hoitohenkilökunnan lukumäärä tutkimusaikana n	Vastannut n	Vastaus prosentti %
os 1A	17	13	76
os 1B	17	12	71
os 1G	11	9	82
os 2A / 2C	36	28	78
os 2B	19	18	95
os 2G	26	15	58
os 3A	29	17	59
os 3B	10	10	100
os 3C	21	15	71
os 4	16	11	69
os 5	20	15	75
os 6	29	15	52
os 8	19	11	58
os 9	16	15	94
os 10	24	21	88
os 11	9	5	56
EA	44	15	34
KIR.PKL	17	5	29
SIS.PKL	12	7	58
LYHKI	15	15	100
TEHO	33	29	88
os 51	18	14	78
os 57	11	9	82
os 3E	20	6	30
Yhteensä	489	330	68

Liitetaulukko 3. Hoitohenkilökunnan terveydenhuoltoalalla työskentelyaika osastoittain (fr)

Osasto	Työskentelyaika terveydenhuoltoalalla							Yhteensä
	alle1v	2-5v	6-10v	11-15v	16-20v	21-25v	yli 26v	
10	4		4	3	3	4	3	21
11			2		1		2	5
1A		2	3	2	2	2	2	13
1B		3	3	2	2		2	12
1G		4	1	1		1	2	9
2A/C	1	7	1	4	4	4	7	28
2B	1	4	1	4	2	5	1	18
2G	1	5		3	3	2	1	15
3A	1	2	3	1	3	2	4	16
3B			3		3	3	1	10
3C		1	4	3	2	3	2	15
3E		2	1	1			2	6
4		4	3	2			2	11
5	1	3	2	3	1	1	3	14
51	1	2		2	5	2	2	14
57		1	3	2	1	1	1	9
6		3	2	1	2	3	3	14
8		1	2	1	4	1	2	11
9	1	2	1	1		4	6	15
EA		2	1	2	6	3	1	15
Kir.pkl	1			2	1		1	5
Lyhki			2	2	3	2	6	15
Sis.pkl		2	1			2	2	7
Teho	1	5	5	6	4	8		29
Yhtensä	13	55	48	48	52	53	58	327

Liitetaulukko 4. Hoitohenkilökunnan työskentelyaika nykyisellä osastolla osastoittain (fr)

Osasto	Työskentelyaika nykyisellä osastolla							Yhteensä
	alle1v	2-5v	6-10v	11-15v	16-20v	21-25v	yli 26v	
10	5	1	2	6	3	2	2	21
11		3	1		1			5
1A	2	4	2	3	2			13
1B	1	6	2	1	1		1	12
1G		5	3	1				9
2A/C	6	8	5	5	2	1	1	28
2B	3	10	4	1				18
2G	3	4	8					15
3A	1	5	2	2	4		2	16
3B	3	5	1		1			10
3C	3	4	4	2	1	1		15
3E	2	2		1			1	6
4	3	6	1				1	11
5	2	5	1	2	1		3	14
51	3	4	5	1	1			14
57	1	7	1					9
6	3	3	7	1				14
8		4	4	1	1		1	11
9	6	2	2			4	1	15
EA	1	2	5	7				15
Kir.pkl	1	1	2	1				5
Lyhki			14					14
Sis.pkl	1	2	1	2	1			7
Teho	2	6	8	7	2	4		29
Yhteensä	52	99	85	44	21	12	13	326

Liitetaulukko 5. Viiden faktorin eksploratiivinen faktoriratkaisu yksilövastuisen hoitotyön sisällöstä, osion lataus faktorilla, kommunaliteetti ja faktorin selitysosuus.

Muuttujat	Faktori					Kommunaliteetti	Selitysosuus %
	1	2	3	4	5		
Faktori 1							23
potilaat osallistuvat hoitoaan koskeviin päätöksiin (n=329)	,753					0,56	
potilaani ovat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista (n=330)	,680					0,55	
arvioin hoitotyötä yhdessä potilaani kanssa (n=329)	,670					0,48	
teen hoitosuunnitelman potilaani kanssa (n=328)	,654					0,56	
potilaani tietävät, milloin olen työssä (n=325)	,571					0,49	
potilaani tietävät, kuka vastaa hoidosta poissa ollessani (n= 325)	,546					0,47	
huomioin potilaan toiveet hoitotyössä (n= 330)	,468					0,43	
annan potilaalle tietoa tilanteesta (n=330)	,461					0,39	
potilaani saavat hoitotyön suunnitelmaan perustuvaa hoitoa joka vuorossa (n=325)	,444					0,42	
hoitotyön suunnitelma ohjaa toimintaani HT:ssä (n=330)	,441					0,34	
Faktori 2							5,7
työni on esimiesten määräysten toteuttamista (n=325)		-,639				0,50	
työssäni on mahdollista oppia uutta (n=329)		,594				0,45	
työni on vastuullista (n=329)		,553				0,45	
arvostan työtovereitteni työtä (n=330)		,545				0,40	
minulla ei ole riittävästi toimivaltaa (n=324)		-,527				0,49	
työssäni voin riittävästi käyttää tietojani ja taitojani (n=329)		,523				0,50	
työni on yksitoikkoista (n=329)		-,517				0,36	
ongelmatilanteissa voin kysyä neuvoa kollegoiltani (n=330)		,508				0,41	
työni on osatehtävien suorittamista (n=319)		-,474				0,48	
voin itse suunnitella omaa työtäni (n=325)		,449				0,43	
teen itsenäisesti potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä (n=326)		,449				0,36	
nautin työstäni (n=328)		,407				0,25	

liitetaulukko 5 jatkuu

jatkoa liitetaulukkoon 5

Muuttujat	Faktori					Kommuna- liteetti	Selitys- osuus %
	1	2	3	4	5		
Faktori 3							5,3
yhteensovitan potilaani toivomukset muiden hoitoon osallistuvien kanssa (n=319)			,587			0,40	
olen yhteydessä potilaan omaisiin (n=328)			,566			0,30	
suunnittelen potilaan hoidon muuhun hoitoon sopivaksi (n=309)			,553			0,40	
hankin aktiivisesti lisätietoa potilaani hoitamiseen (n=326)			,480			0,34	
tunnen potilaani (n=328)			,475			0,37	
osastollani toteutetaan joustavaa työskentelyä (n=328)			,462			0,45	
raportoin potilaan tilanteesta suullisesti ja kirjallisesti (n=328)			,452			0,40	
töihin tullessani, hankin tietoa potilaasta oma-aloitteisesti (n=327)			,412			0,43	
pyrin pitämään tietoni ajan tasalla (n=328)			,451			0,40	
Faktori 4							4,4
osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla (n=328)				,716		0,57	
OH tukee koulutuksen hankkimisessa (n=329)				,711		0,54	
OH valvoo jatkuvasti osaston hoitotyön toteutumista (n=323)				,674		0,49	
OH toiminta tukee työtäni omahoitajana (n=326)				,651		0,63	
voin turvautua OH:n apuun (n=328)				,578		0,55	
OH osallistuu potilaan hoitoon (n=325)				,402		0,23	
Faktori 5							3,6
minulla ei ole mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaani hoitoon (n=329)					-,699	0,38	
työvuoroni mahdollistavat omahoitajana toimimisen (n=321)				,646		0,50	
vastaan potilaani hoidosta koko hoitojakson ajan (n=326)				,602		0,54	
saan harvoin työstäni kiitosta (n=328)				-,437		0,35	
hoidan joka työvuorossa omia potilaitani (n=326)				,423		0,46	

Liitetaulukko 6. Kolmen faktorin eksploratiivinen faktoriratkaisu potilaan yksilöllisyyden kokemisesta, osion lataus faktorilla, kommunaliteetti ja faktorin selitysosuus (n=190)

Muuttujat	Faktorit			Kommunaliteetti	Selitysosuus %
	1	2	3		
Faktori 1					39,8
Halusin ottaa vastuuta hoitoani koskevissa asioissa	,727			0,58	
Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun	,699			0,68	
Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	,650			0,51	
Minua tuettiin hoitoani koskevissa päätöksissä	,573			0,58	
Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	,563			0,57	
Minua tuettiin päivittäistä hoitoa koskevissa valinnoissa	,562			0,60	
Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani	,557			0,48	
Toivomukseni huomioitiin hoidon aikana	,552			0,52	
Uskalsin ilmaista mielipiteeni hoidostani	,468			0,34	
Faktori 2					7,5
Minulta kysyttiin palautetta hoidostani		,718		0,57	
Halusin, että hoitajat päättävät, miten hoidetaan		,603		0,42	
Hoitajat kysyivät päivittäin vointiani		,569		0,48	
Kaikki työskentelivät yhdenmukaisesti hoitoni toteuttamisessa		,564		0,47	
Eri hoitopaikat toimivat joustavasti		,539		0,37	
Minua hoitavat olivat selvillä voinnistani aina		,524		0,54	
Faktori 3					5,6
Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa			,804	0,73	
Tiesin, mihin ottaa yhteyttä jatkohoitoni suhteen			,776	0,70	
Sain KHO:n kirjallisesti ja suullisesti			,671	0,57	
Puolestani otettiin yhteyttä eri ammatti-ihmisiin			,418	0,33	

Liitetaulukko 7. Hoitohenkilökunnan ilmoittama osaston toimintamalli osastoittain (fr)

Osasto	Osaston toimintamalli							Yhteensä fr
	Teht.kesk fr	Ryhmätyö fr	Moduli fr	Yks.vast. fr	Tiimi fr	Yks+mod fr	Muu fr	
10		3	2	8		1	6	20
1A		2	8	1	1	1		13
1B			7	3		2		12
1G				9				9
2A/C		3	1	2	12	6	4	28
2B		14	1				3	18
2G			2	5	3	4	1	15
3A		1	9	1		6		17
3B				10				10
3C				15				15
3E				6				6
4	5	1		1			4	11
5		1	3	3	6		2	15
51		2		11				14
57	1			7				8
6		1	6	2		3	3	15
8		1	1	7		2		11
9		1		9		2	3	15
EA	1	1	1	9		1	3	15
Kir.pkl		1	1	3				5
Lyhki		1		10			4	15
11				3			2	5
Sis.pkl		1	1	2		1	2	7
Teho				28			1	29
Yhteensä	7	34	43	155	22	23	44	328

Liitetaulukko 8. Osallistuminen sairaalan sisäiseen koulutukseen osastoittain (fr)

Osasto	Kuinka monta kertaa olet ollut viime vuonna talon sisäisessä koulutuksessa?					Yhteensä fr
	0 fr	1-2 fr	3-5 fr	6-10 fr	11- yli fr	
10		10	9	2		21
1A	1	5	7			13
1B2		6	3	1		12
1G		5	4			9
2A/C	4	16	7	1		28
2B1		12	5			18
2G		9	6			15
3A	3	9	5			17
3B		9	1			10
3C	2	9	4			15
3E		6				6
4		7	4			11
5	6	6	2	1		15
51	1	6	7			14
57		2	5	2		9
6	1	12	2			15
8	2	7	2			11
9	2	10	3			15
EA	2	8	4		1	15
Kir.pkl	2	2	1			5
Lyhki		10	5			15
11		3	2			5
Sis.pkl	1	4	2			7
Teho	1	7	13	6	2	29
Yhteensä	31	180	103	13	3	330

Liitetaulukko 9. Osallistuminen sairaalan ulkopuoliseen koulutukseen osastoittain (fr)

Osasto	Kuinka monta kertaa olet ollut viime vuonna talon ulkopuolisessa koulutuksessa?					Yhteensä fr
	0 fr	1-2 fr	3-5 fr	6-10 fr	yli 11 fr	
10	8	13				21
1A	3	8	2			13
1B	5	6	1			12
1G	1	7	1			9
2A/C	19	7	1			27
2B	10	8				18
2G	7	7	1			15
3A	5	9	2			16
3B	3	7				10
3C	7	8				15
3E	2	4				6
4	3	8				11
5	10	4	1			15
51	2	11	1			14
57	2	2	2	1	2	9
6	11	4				15
8	8	3				11
9	5	9				14
EA	5	10				15
Kir.pkl	3	1	1			5
Lyhki	9	6				15
11	2	3				5
Sis.pkl	2	5				7
Teho	11	16	2			29
Yhteensä	143	166	15	1	2	327

Liitetaulukko 10. Hoitajien työskentely kiireettömästi osastoittain potilaiden arvioimana (fr, %)

Osasto	Hoitajat työskentelivät kiireettömästi									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
1A	0	0	1	7	5	36	8	57	14	100
1B	0	0	1	11	5	56	3	33	9	100
1 G	0	0	2	9	7	34	12	57	21	100
2A / 2C	1	1	5	11	20	44	20	44	46	100
2B	1	5	4	19	7	33	9	43	21	100
2G	0	0	3	16	6	31	10	53	19	100
3A	1	4	2	8	7	28	15	60	25	100
3B	0	0	0	0	5	28	13	72	18	100
3C	2	11	5	26	4	21	8	42	19	100
4	0	0	0	0	7	64	4	36	11	100
5	1	4	7	27	12	46	6	23	26	100
6	0	0	4	18	6	27	12	55	22	100
8	0	0	0	0	1	14	6	86	7	100
9	1	7	3	19	6	37	6	37	16	100
11	0	0	1	7	3	21	10	72	14	100
51	0	0	2	22	5	56	2	22	9	100
57	0	0	3	38	4	50	1	12	8	100
tark.os	0	0	1	25	1	25	2	50	4	100
lyhki	0	0	0	0	0	0	9	100	9	100
Yhteensä	7	2	44	14	111	35	156	49	318	100

Liitetaulukko 11. Ryhmän vastaavan hoitajan vastuu potilaan hoidosta työvuoron aikana ammattiryhmittäin (fr, %)

Ammatti	Ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta työvuoron aikana									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Sairaanhoitaja	34	15	50	22	73	33	6	30	223	100
Kätilö	9	57	2	12	2	12	3	19	16	100
Perushoitaja			5	13	20	54	12	33	37	100
Lastenhoitaja	3	25	4	33	3	25	2	17	12	100
Muu	4	33	2	17	3	25	3	25	12	100
Mth	1	10			4	45	4	45	9	100
Yhteensä	51	17	63	20	105	34	90	29	309	100

Liitetaulukko 12. Ryhmän vastaavan hoitajan vastuu potilaan hoidosta työvuoron aikana toimintamalleittain (fr, %)

Osaston toimintamalli	Ryhmän vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta työvuoron aikana									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Tehtäväkeskeinen			1	14	2	28	4	57	7	100
Ryhmätyömalli	2	6	4	12	16	49	11	33	33	100
Modulimalli	2	5	6	14	26	62	8	19	42	100
Yksilövastuinen malli	37	25	30	21	40	28	37	26	144	100
Muu malli	8	13	17	28	13	22	22	27	60	100
Tiimi -malli	1	5	5	23	8	36	8	36	22	100
Yhteensä	50	16	63	21	105	34	90	29	308	100

Liitetaulukko13. Potilaan halu ottaa vastuuta omaa hoitoaan koskevista asioista omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Halusin ottaa vastuuta hoitoani koskevista asioista									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä	3	2	16	10	52	33	85	55	156	100
Ei ole / En tiedä	5	4	16	13	52	41	53	42	126	100
Yhteensä	8	3	32	11	104	37	138	49	282	100

Liitetaulukko 14. Potilaan tiedon saaminen hoidon suunnitteluun osallistumisen mahdollistamiseksi omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä	6	4	17	11	53	34	79	51	155	100
Ei ole / En tiedä	2	1	20	16	60	47	46	36	128	100
Yhteensä	8	3	37	13	113	40	125	44	283	100

Liitetaulukko 15. Potilaan saama tuki hoitoaan koskevista päätöksissä omahoitajuuden mukaan (fr, %)

Omahoitaja	Minua tuettiin hoitoani koskevista päätöksissä									
	Täysin eri mieltä		Lähes eri mieltä		Lähes samaa mieltä		Täysin samaa mieltä		Yhteensä	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Kyllä	1	1	8	5	44	28	105	66	158	100
Ei ole / En tiedä	2	2	7	5	56	41	70	52	135	100
Yhteensä	3	1	15	5	100	34	175	60	293	100

LIITTEET

LIITE 1

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA

Sivu 1

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

Hallintoylihoitaja

18.01.2001

2 §

Asianro 63 / 2001

Asialuokitus 253

Muut asiat

TUTKIMUS YKSILÖVASTUISEN HOITOTYÖN TOTEUTUMISESTA
POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITOPPIIRIN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Yksihenkilöisen viranomaisen päätöspöytäkirja

Päätös ja sen
perustelut*(Mikäli asian ratkaisu tapahtuu esittelystä, tähän merkitään myös esittelijän nimi ja päätösehdotus)*

Myönnän luvan THM, sairaanhoitaja Leena Kuivalaiselle ja THM, sairaanhoitaja Arja Ryhäselle yksilövastuisen hoitotyön toteutumista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä kyselytutkimuksen suorittamiseksi.

Lain,
asetuksen
tai kunnallisen
säännön
kohta,
johon päätös
perustuu

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtosääntö 8 § 2 mom.

Allekirjoitus
ja virka-asema

Pirkko Keskiä
hallintoylihoitaja

Oikaisuvaatimusoikeus

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus
Tikkamäentie 16
80210 Joensuu

Hyvä Kollega

Tällä kyselyllä tutkimme yksilövastuisen hoitotyön toteutumista sairaalassamme. Haluamme selvittää tämän hetkisen tilanteen osastollasi. Yksilövastuista hoitotyötä tehdään eri osastoilla erilaisilla toimintaedellytyksillä ja toteutus on sen vuoksi jokaisella omanlaisensa. Tästä mittarista on tarkoitus myöhemmin kehittää toistuvasti käytettävä laatumittari. Omahoitajalla tarkoitamme tässä kyselyssä omasairaanhoitajaa, omakätilöä tai korvaavana hoitajana toimivaa perushoitajaa / lastenhoitajaa.

Kysely on vapaaehtoinen, vastaukset käsittelemme nimettöminä eikä henkilöllisyytesi tule esille missään vaiheessa.

Tehtävän toimeksi saaneena

Maarit Kalasniemi
Ttm, sairaanhoitaja
os 2B

Leena Kuivalainen
THM, sairaanhoitaja
os 2B

Arja Ryhänen
THM, sairaanhoitaja
os 2B

KYSELYLOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE © Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksesi sille varattuun tyhjään tilaan.

1. Ikäsi _____ vuotta

2. Ammatillinen koulutuksesi

1. sairaanhoitaja
2. kätilö
3. perushoitaja
4. lastenhoitaja
5. muu, mikä? _____

3. Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhoitoalalla valmistumisesi jälkeen?
_____ vuotta

4. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisellä osastollasi? _____ vuotta

5. Millä osastolla työskentelet? _____

6. Onko osastollasi mielestäsi selkeästi sovittua toimintamallia?

1. tehtäväkeskeinen toimintamalli
2. ryhmätyömalli
3. moduli-malli
4. yksilövastuinen hoitotyön malli
5. Muu, mikä? _____

7. Onko yksilövastuisen hoitotyö pääasiassa

1. toimintamalli
2. filosofia
3. sekä toimintamalli että filosofia
4. muu, mikä? _____

8. Osastollasi omana hoitajana toimii

1. sairaanhoitaja
2. kätilö
3. perushoitaja
4. lastenhoitaja
5. työpari, mikä? _____
6. muu, mikä? _____

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
9. Tunnen hyvin potilaani	4	3	2	1
10. Teen hoitosuunnitelmaa yhdessä potilaan kanssa	4	3	2	1
11. Annan potilaalle tietoa hänen tilanteestaan	4	3	2	1
12. Arvioin hoitotyötä yhdessä potilaan kanssa	4	3	2	1
13. Hoitotyön suunnitelma ohjaa toimintaani hoitotyössä	4	3	2	1
14. Huomion potilaan toiveet päivittäisessä hoitotyössä	4	3	2	1
15. Potilaat osallistuvat omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin	4	3	2	1
16. Potilaani ovat tietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista	4	3	2	1
17. Potilaani tietävät, milloin olen työssä ja saatavilla	4	3	2	1
18. Potilaani saavat hoitotyön suunnitelmaan perustuvaa hoitoa joka vuorossa	4	3	2	1
19. Raportoin potilaani tilanteesta suullisesti ja kirjallisesti	4	3	2	1
20. Olen usein yhteydessä potilaitteni omaisiin	4	3	2	1
21. Sovitan potilaani hoidon muun hoitohenkilökunnan antamaan hoitoon sopivaksi	4	3	2	1
22. Osastollamme toteutetaan joustavaa työskentelyä	4	3	2	1
23. Yhteensovitan potilaani toivomukset muiden hoitoon osallistuvien kanssa	4	3	2	1

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
24. Vastaan potilaani hoidosta koko potilaan hoitajakson ajan	4	3	2	1
25. Tullessani työvuoroon hankin oma-aloitteisesti tietoja potilaastani	4	3	2	1
26. Pyrin pitämään tietoni ajan tasalla hoitotyössä	4	3	2	1
27. Minulla ei ole mahdollisuutta rauhassa paneutua potilaani hoitoon	4	3	2	1
28. Potilaani tietävät kuka vastaa heidän hoidostaan, kun en ole paikalla	4	3	2	1
29. Ryhmän / tiimin vastaava hoitaja vastaa potilaan hoidosta työvuoron aikana	4	3	2	1
30. Hankin aktiivisesti lisätietoa potilaani hoitamiseen	4	3	2	1
31. Työssäni voin riittävästi käyttää kykyjäni ja taitojani	4	3	2	1
32. Työni on esimieheni määräysten toteuttamista	4	3	2	1
33. Minulla ei ole riittävästi toimivaltaa	4	3	2	1
34. Voin itse suunnitella omaa työtäni	4	3	2	1
35. Voin turvautua osastonhoitajan apuun aina tarvittaessa	4	3	2	1
36. Teen itsenäisesti potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä	4	3	2	1
37. Työssäni on mahdollista oppia uutta	4	3	2	1
38. Työni on yksitoikkoista	4	3	2	1
39. Nautin työstäni	4	3	2	1

Vastausohje: Vastaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
40. Työni on osatehtävien suorittamista	4	3	2	1
41. Työni on vastuullista	4	3	2	1
42. Saan harvoin työstäni kiitosta	4	3	2	1
43. Yksilövastuinen hoitotyö on hyvä tapa hoitaa potilaita	4	3	2	1
44. Hoidan joka työvuorossa omia potilaitani	4	3	2	1
45. Arvostan työtovereitteni työtä	4	3	2	1
46. Ongelmatilanteissa voin kysyä neuvoa kollegoiltani	4	3	2	1
47. Osastonhoitaja johtaa hoitotyötä osastolla	4	3	2	1
48. Osastonhoitaja tukee minua koulutuksen hankkimisessa	4	3	2	1
49. Osastonhoitaja valvoo jatkuvasti osaston hoitotyön toteutusta	4	3	2	1
50. Osastonhoitajan toiminta tukee työtäni omahoitajana	4	3	2	1
51. Osastonhoitaja osallistuu lääkärin kierrolle hoitotyön edustajana	4	3	2	1
52. Osastonhoitaja osallistuu potilaan hoitamiseen	4	3	2	1
53. Työvuoroni mahdollistavat oma hoitajana toimimisen	4	3	2	1

54. Miten tyytyväinen olet mahdollisuuksiisi saada työpaikkakoulutusta ammattitaitosi ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi?

1. Erittäin tyytyväinen
2. Melko tyytyväinen
3. Melko tyytymätön
4. Erittäin tyytymätön

55. Kuinka monta kertaa olet ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana talon sisäisessä toimipaikkakoulutuksessa?

1. En lainkaan
2. 1-2 kertaa
3. 3-5 kertaa
4. 6-10 kertaa
5. 11 kertaa tai useammin

56. Kuinka monta kertaa olet ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana täydennyskoulutuksessa sairaalan ulkopuolella?

1. En lainkaan
2. 1-2 kertaa
3. 3-5 kertaa
4. 6-10 kertaa
5. 11 kertaa tai useammin
6. En hakeudu koulutuksiin

57. Mitä mielestäsi on yksilövastuinen hoitotyö?

Kiitos vastauksestasi!

ARVOISA VASTAAJA

Kehitämme hoitotyötä voidaksemme paremmin vastata teidän hoidon tarpeisiinne.

Tavoitteenamme on potilaskeskeinen, teidän tarpeistanne lähtevä hoito.

Tällä kyselyllä haluamme selvittää, missä määrin olemme tähän tavoitteeseen päässeet.

Toivomme teidän vastaavan seuraaviin kysymyksiin ja palauttavan lomakkeen täytettynä osaston kansliaan ennen sairaalasta lähtöänne. Tässä kyselyssä omahoitajalla tarkoitamme teille nimettyä omasairaanhoitajaa ja / tai omaperushoitajaa tai omakättilöä. Hoitajat voivat työskennellä myös omahoitajaparina.

Kysely on vapaaehtoinen ja vastaukset käsitellään nimettöminä eikä henkilöllisyytenne tule esille missään vaiheessa.

Maarit Kalasniemi
Ttm, sairaanhoitaja
os 2B

Leena Kuivalainen
THM, sairaanhoitaja
os 2B

Arja Ryhänen
THM, sairaanhoitaja
os 2B

© Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen

KYSELYLOMAKE POTILAALLE

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tyhjään tilaan.

1. SUKUPUOLENNE

1. Nainen
2. Mies

2. IKÄNNE _____ vuotta

3. SIVILISÄÄTYNNE

1. naimaton
2. naimisissa / avoliitossa
3. eronnut
4. leski

4. AMMATTINNE TAI ENTINEN AMMATTINNE

5. KOULUTUKSENNE

1. Kansa-, kansalais- tai peruskoulu
2. Keskikoulu
3. Lukio
4. Ammattikoulu tai opistotason koulutus
5. Korkeakoulututkinto
6. Muu, mikä? _____

6. OLETTEKO TÄLLÄ HETKELLÄ

1. Työelämässä
2. Työtön
3. Opiskelija
4. Eläkkeellä
5. Muu, mikä? _____

7. OLIN SAIRAALASSA YHTEENSÄ _____ VRK

8. MILLÄ OSASTOLLA OLITTE HOIDOSSA? OSASTO: _____

9. MIKSI OLITTE NYT HOIDOSSA SAIRAALASSA?

1. kutsuttuna leikkauksessa
2. päivystys potilaana leikkauksessa
3. päivystys potilaana hoidossa/ tutkimuksessa
4. kutsuttuna tutkimuksessa / hoidossa
5. muu, mikä? _____

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tyhjään tilaan.

10. MILLAISEKSI KOETTE TERVEYDENTILANNE TÄLLÄ HETKELLÄ?

1. erittäin hyvä
2. melko hyvä
3. tyydyttävä
4. melko huono
5. erittäin huono

11. OLIKO TEILLÄ OMAHOITAJA OSASTOLLA OLLESSANNE?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en halunnut
- 4 en tiedä

Jos teillä ei ollut omaa hoitajaa, voitte jatkaa kyselyyn vastaamista siirtymällä suoraan kysymykseen numero 33.

12. JOS TEILLÄ OLI OMAHOITAJA, MILLOIN HÄNET TEILLE NIMETTIIN?

1. tulopäivänä
2. toisena hoitopäivänä
3. muulloin, milloin? _____

13. SAIN TIEDON OMAHOITAJASTANI

1. suullisesti omahoitajan itsensä kertomana
2. kirjallisena
3. suullisesti ja kirjallisesti
4. muuten, miten _____

KERROTTIINKO TEILLE, ETTÄ OMAHOITAJA

	Kyllä	Ei
14. antaa tietoa hoitoon liittyvissä asioissa	2	1
15. tekee kanssanne hoitotyön suunnitelmaa	2	1
16. ohjaa ja neuvoo	2	1
17. tarvittaessa auttaa päivittäisissä toimissa	2	1
18. tukee teitä ja omaisianne sairauden eri vaiheissa	2	1
19. ottaa tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin	2	1
20. suunnittelee kanssanne kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat	2	1

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
OMAHOTAJANI				
21. hyväksyi minut sellaisena kuin olen	4	3	2	1
22. oli myötätuntoinen	4	3	2	1
23. oli vastuuntuntoinen	4	3	2	1
24. oli luottamusta herättävä	4	3	2	1
25. oli ammattitaitoinen	4	3	2	1
26. suhtautui asioihini vakavasti	4	3	2	1
27. työskenteli hoitotilanteissa taitavasti	4	3	2	1
28. antoi minulle riittävästi aikaa	4	3	2	1

29. ARVOITTEKO OMAHOITAJANNE KANSSA HOITOANNE?

1. aina
2. melkein aina
3. joskus
4. ei koskaan

30. TIESITTEKÖ, MILLOIN OMAHOITAJANNE OLI TYÖVUOROSSA?

1. aina
2. melkein aina
3. joskus
4. en koskaan

31. MITÄ HYÖTYÄ TEILLE OLI OMAHOITAJASTA

32. MONENKO HOITAJAN ARVIOITTE HOITANEEN TEITÄ KESKIMÄÄRIN YHDEN VUOROKAUDEN AIKANA?

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto.

ARVIOIKAA SEURAAVIEN VÄITTÄMIEN AVULLA, MITEN SEURAAVAT SEIKAT TOTEUTUIVAT PÄIVITTÄISESSÄ HOIDOSSANNE.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
33. Sain osallistua päivittäisen hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1
34. Minulta kysyttiin jokapäiväisiä tottumuksiani	4	3	2	1
35. Toivomukseni huomioitiin hoidon aikana	4	3	2	1
36. Minulle oli riittävästi aika	4	3	2	1
37. Minua tuettiin hoitoani koskevissa päätöksissäni	4	3	2	1
38. Halusin, että hoitajat päättävät, miten minua hoidetaan	4	3	2	1
39. Halusin ottaa vastuuta hoitoani koskevissa asioissa	4	3	2	1
40. Sain tietoa voidakseni osallistua hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1
41. Minua tuettiin päivittäistä hoitoa koskevissa valinnoissa	4	3	2	1
42. Halutessani omaiseni otettiin mukaan hoitoni suunnitteluun	4	3	2	1
43. Minua hoitavat henkilöt olivat selvillä voinnistani koko ajan	4	3	2	1
44. Puolestani otettiin tarvittaessa yhteyttä eri ammatti-ihmisiin	4	3	2	1
45. Sain kotihoito-ohjeet sekä kirjallisesti että suullisesti	4	3	2	1
46. Minulle kerrottiin, miten toimia kotona ongelmatilanteissa	4	3	2	1

Vastausohje: Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympyröimällä yksi vaihtoehto.

**ARVIOIKAA SEURAAVIEN VÄITTÄMIEN AVULLA HOITAJANNE/
HOITAJIENNE TOIMINTAA SAIRAALASSA OLONNE AIKANA**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
47. Hoitajat työskentelivät kiireettömästi	4	3	2	1
48. Hoitajat kysyivät päivittäin vointiani	4	3	2	1
49. Uskalsin ilmaista mielipiteeni hoidostani	4	3	2	1
50. Hoitajani, lääkärit ja muut ammattiryhmät työskentelivät yhdemmukaisesti hoitoni toteuttamisessa	4	3	2	1
51. Hoitoani arvioitiin yhdessä minun kanssani	4	3	2	1
52. Minulta kysyttiin palautetta hoidostani	4	3	2	1
53. Eri hoitopaikat (esim. terveyskeskus, poliklinikka) toimivat joustavasti yhdessä hoitoni aikana	4	3	2	1
54. Tiesin, mihin ottaa yhteyttä jatkohoitoni suhteen	4	3	2	1

55. MINKÄ KOULUARVOSANAN (4-10) ANTAISITTE HENKILÖKUNNALLE HOIDOSTANNE?

1. omahoitajalle _____ 2. muille hoitajille _____ 3. osaston muulle
henkilökunnalle (fysioterapeutti, sairaala-apulainen) _____

56. MITÄ MUUTA HALUAISITTE SANOA?

Kiitos vastauksestanne!

Avoimen kysymyksen ” mitä on yksilövastuinen hoitotyö?” vastausten analyysi

1. MITÄ ON YVH?

- työnjakomalli ja filosofia
- vastuunottamista hoitotyöstä ja potilaan kokonaishoidosta
- potilaan asioihin paneutumista
- kokonaisvaltaista ja yksilöllistä potilaiden hoitamista
- sama sairaanhoitaja vastaa potilaan hoitotyöstä koko hoitajakson ajan, korvaava hoitaja muulloin
- sairaanhoidon ja hoitotyön ydin
- potilaan tarpeista lähtevää hoitotyön toteuttamista
- nimetään potilas omaksi, keskustellaan ja kerrotaan potilaalle, että se hänelle käy
- potilas osallistuu omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon, saa riittävästi tietoa hoidostaan
- potilaan kanssa yhdessä tapahtuvaa hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia
- potilaalle tehdään henkilökohtainen hoitosuunnitelma ja sitä noudatetaan myös omahoitajan ollessa pois työvuoroista
- omahoitaja / sairaanhoitaja suunnittelee potilaan hoidon yhdessä potilaan / omaisten kanssa, omahoitaja ja korvaava hoitaja hoitaa potilasta suunnitelman mukaan ja tarvittaessa muuttaa hoitotyön suunnitelmaa
- yritystä hoitaa samoja potilaita mahdollisimman usein yhtäjaksoisen ajan muiden ammattilaisten kanssa
- omahoitajuutta - hoitajalla omia potilaita ja potilaat tietävät, että heillä on omahoitaja
- yvh:ssa hoitaja on potilaan asianajaja ja hoitotyö asiantuntija
- kilpaurheilua!
- yvh ei vaadi vain yhtä hoitajaa, vaan siihen osallistuu useampia ottaen huomioon työvuorojen vaihtelut, (vapaapäivät, lomat) akuuttiosastolla useamman hoitajan tulee tietää potilaan tilanne
- yhdessä potilaan kanssa toimimista, jotta paras mahdollinen terveydentila saavutetaan, annetaan potilaalle aikaa ja tuetaan häntä hänen tekemissään valinnoissa / ratkaisuissa; ohjataan ja opetetaan potilasta, jotta hän kykenee itsenäiseen hoitoon myös kotioloissa; potilas tietää, mihin ja keneen ottaa yhteyttä kotioloissa, jos tulee ongelmia
- oikeutta saada hoitaa omia potilaita koko hoitajakson ajan sekä tehdä itsenäisiä päätöksiä, joita toisten on kunnioitettava, jos potilaan tila ei muuta edellytä
- potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, mutta omahoitaja pitää langat käsissä, omahoitajana paneutuu potilaan hoitoon hieman paremmin kuin silloin, jos ei ole omahoitajana
- myös omaiset ovat mukana hoidossa tiiviisti
- ihmiseltä ihmiselle, henkilökohtaisemmin, yksilöllisemmin omahoitajana on helpommin saatavilla

2 A) EDUT POTILAAN KANNALTA

- tie parempaan laatuun ja potilaskeskeisyyteen
- potilas saa yksilöllisempää hoitoa
- vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä syvenee, potilas saa avun ja tuen sairastaessaan tehokkaammin
- lisää turvallisuutta ja luottamusta potilaan ja omaisten mielestä

- ongelmat ja avuntarve tulevat helpommin esille
- toiveet ja tarpeet tulevat paremmin huomioiduksi, kun hoitaja ei vaihdu jatkuvasti
- potilas saa paremmin tietoa, uskaltaa kysyä, uskaltaa kysyä myös aroista asioista.

B) EDUT HOITAJAN KANNALTA

- mahdollisuuden luovaan, yksilölliseen ja vastuulliseen työotteeseen ja antaa mahdollisuuden saada paremmin palautetta omasta työstään suoraan potilalta, sairaanhoitaja voi toimia hoitotyön asiantuntijana ja johtajana
- on palkitsevaa, näkee konkreettisesti oman työn tulokset
- toimenkuvat johdonmukaista ja kokonaisvaltaista
- edesauttaa ammatillista kasvua
- työn mielekkyys on kasvanut

3. ESTEITÄ / UHKIA YVH:N TOTEUTTAMISELLE

- asenteet
- riittämättömät resurssit (tulee ahdistus, kun ei ennätä hoitaa potilaita hyvin)
- kun joutuu ”hyppäämään” eri osastolle eri päivinä eri yksiköissä, työllä ei ole jatkuvuutta
- pelko siitä, että potilaiden tasa-arvo ei toteudu

4. EDELLYTYKSIÄ YVH:N TOTEUTTAMISELLE, MIKÄ MAHDOLLISTAA YVH:N?

- työvuorot ja työskentelytapa
- riittävät resurssit (rahaa, henkilökuntaa ja aikaa)
- hoitosuunnitelmien ajan tasalla pitäminen

5. MITKÄ PERIAATTEET KOROSTUVAT?

- kokonaisvaltaisuus
- vastuu
- koordinointi
- jatkuvuus

6. MITEN TOIMII / TOTEUTUU?

- jos on kaksi potilasta, niin ehtii paneutua ja hoitaa, jos enemmän ei ehdi
- toimii hyvin
- kiireen vuoksi ei ehditä paneutua tarpeeksi kirjaamiseen ja arviointiin
- kiire haittaa
- muokattava
- ei toteudu, resurssit eivät riitä, kaikilla ei samaa käsitystä yvh:sta
- yllätykset ja ennalta suunnittelemattomat tilanteet sekoittavat
- ei toimi osastoilla, joissa potilasvaihtuvuus suuri
- toimii hetken ja hiipuu taas itsestään
- epätietoisuutta siitä, mitä yvh todella on, miten tulisi toimia
- hyvä systeemi, mutta vaativa
- asetettuun prosentuaaliseen tavoitteeseen ei voimallisesti pyritä, omahoitajuutta selventäviä filosofisia keskusteluja ei käydä
- ei toteudu niin kuin pitäisi
- jos on lyhyt hoitoaika, ei toimi
- moniportainen henkilökuntarakente hankaloittaa toteuttamista
- potilaanmahdollisuudet osallistua suunnitteluun ja päätöksentekoon ovat rajallisia, voinnista riippuvaisia
- sitoutuminen vaihtelee, kukin voi toteuttaa oman kykynsä ja halunsa mukaan

- koulutus ei anna kaikille riittäviä puitteita toteuttaa, jotkut valtuudet puuttuvat perushoitajilta, lastenhoitajilta esim.
- eri osastoilla erilainen toteutustapa

7. MUITA KOMMENTTEJA:

- vuosia suunniteltu, rahaa käytetty, onko tarvetta?
- samantapaista työskentelyä tehty ryhmässä jo vuosia, potilaat tyytyväisiä
- jäävätkö toiset potilaat heikommalle? ryhmä- / tiimityöskentelyssä kaikki potilaat oppii tuntemaan ja tiedostamaan tarpeet ja voi työskennellä tasapuolisesti
- mitä halutaan? eteenpäin? riittääkö voimat?
- työryhmä ja työnohjaus on tukena omahoitajuuden toteutumisessa (psyk.)
- syrjäytymässä oleva käsite? tiimiytyminen tulossa tilalle?

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja

ISSN 1236-1836

- 1993: 1 Kaija Pakarinen
Yksilövastuisen hoitotyön kehittämisohjelma sisätautien vastuualueella Pohjois-Karjalan keskussairaалassa
ISBN 952-9793-00-6
- 1993: 2 Minna Räsänen
Ravitsemushoitotutkimus Pohjois-Karjalan keskussairaалassa
ISBN 952-9793-01-4
- 1994: 3 Vesa-Pekka Taskinen, Anneli Apo, Sari Ilvonen, Pirkko Jokinen, Mikko Lohilahti, Veijo Nevalainen, Pirjo Nykänen, Markku Pekurinen, Päivi Sotti
Arviointitutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalassa
ISBN 952-9793-02-2
- 1994: 4 Anneli Apo, Kaija Nuutinen, Arja Heikkurinen-Olsson, Pirkko Jokinen, Marja Kekarainen, Satu Salminen, Vesa-Pekka Taskinen
Omaistutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-03-0
- 1994: 5 Veijo Nevalainen
Potilastutkimus: sairaalapotilaita koskeva osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-04-9
- 1994: 6 Raimo Arpo, Kalervo Kivimäki
Tutkimus kuntoutuskodeista kotiutetuista potilaista
ISBN 952-9793-05-7
- 1994: 7 Sari Ilvonen, Pirjo Nykänen, Mikko Lohilahti
Henkilöstötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-06-5
- 1994: 8 Markku Pekurinen, Pirkko Jokinen
Kunta- ja yksikkötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN 952-9793-07-3
- 1995: 9 Kaija Nuutinen, Anneli Apo, Veijo Nevalainen
Omaistutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-08-1
- 1995: 10 Kaija Nuutinen, Anneli Apo, Veijo Nevalainen
Potilastutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-09-X
- 1995: 11 Pirjo Nykänen, Mikko Lohilahti
Henkilöstötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-10-3
- 1995: 12 Markku Pekurinen, Pirkko Jokinen, Jarmo Lappalainen

Kunta- ja yksikkötutkimus: osatutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumallin vaikutuksista Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä: seurantatutkimus
ISBN 952-9793-11-1

- 1996: 13 Pirkko Jokinen, Vesa-Pekka Taskinen
Arviointitutkimus psykiatrisen terveydenhuollon palvelumalliin siirtymisen vaikutuksista Pohjois-Karjalassa 1993 - 1994
ISBN 952-9793-12-X
- 1996: 14 Paula Lahdenperä, Risto Moilanen [toim.]
Vimmaus, pammaus, hinnaus ja hallaus: käyttäytymishäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon kehittämissuunnitelman loppuraportti
ISBN 952-9793-13-8
- 1996: 15 Risto Moilanen
Käytöshäiriöisen lapsen traumaattisten kokemusten jäsentyminen koppahoitoryhmässä
ISBN 952-9793-14-6
- 1997: 16 Anu Burman, Laila Hiltunen, Jukka Karjalainen, Sirkka Lehikoinen, Kirsti Sainola-Rodriguez, Riitta Sallinen, Sari Savolainen
Hoitotyön suunnitelman käyttöönoton vaikutuksia Paiholan sairaalassa
ISBN 952-9793-15-4
- 1997: 17 Pirjo Puhakka
Sairaanhoitajien ja kättilöiden käsitykset vastuullisen päätöksenteon edellytyksistä hoitotyössä
ISBN: 952-9793-16-2
- 1997: 18 Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen
Unen häiriintyminen - potilaan nukkuminen sairaalassa
ISBN: 952-9793-17-0
- 1997: 19 Raija Savolainen, Toini Vänskä, Liisa Torssonen
Hoitotyön vastuu ja työnjako erikoissairaanhoidon lyhytaikaishoidossa ja kunnan lähipalveluissa: syöpäpotilaan kivunhoito: loppuraportti 1995 - 1997
ISBN: 952-9793-18-9
- 1997: 20 Eija Hirvonen, Ritva Kortelainen, Tarja Lehikoinen, Eija Mantsinen, Sirkka Miettinen, Tarja Ovaskainen, Seija Piironen, Eila Räsänen, Liisa Saukkola [projektiryhmä]
Lonkkamurtumapotilaan hoitovastuu hoitotyön näkökulmasta: loppuraportti
ISBN: 952-9793-19-7
- 1997: 21 Kirsti Sainola-Rodriguez
"Avohoitoa mahdollisimman pitkään" – Kokemuksia perinteisestä vastaanottotyöstä ja akuuttiryhmien toiminnasta psykiatrisessa avohoidossa
ISBN: 952-9793-20-0
- 1997: 22 Raili Koistinen, Eila Kärkkäinen, Seija Mikkonen, Saara Nevalainen, Eija Oinonen
Hoitotyön valtakunnallinen kehittämissuunnitelma 1994 – 1997: Osaprojekti: Hoitotyön vastuu ja työnjako erikoissairaanhoidon lyhytaikaishoidossa ja kunnan lähipalveluissa
ISBN: 952-9793-21-9
- 2000: 23 Sirkka Lehikoinen, Impi Laitinen, Anne Halme, Sinikka Mononen, Mikko Raudaskoski, Riitta Sallinen, Marko Piitulainen, Jukka Karjalainen, Kirsti Sainola-Rodriguez
Hoitotyö näkyväksi kirjaamisen avulla: Hoitotyön prosessin kirjaamisen laadun ja sen eettisyyden ja ammatillisuuden arviointia kirjallisissa hoitotyön suunnitelmissa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikössä
ISBN: 952-9793-22-7
- 2000: 24 Arja Ryhänen, Maarit Koponen, Ulla Laukkanen

Kirurgisen potilaan kotiutuminen: Laatuvaatimuksen tuloskriteerien mittaaminen
ISBN: 952-9793-23-5

- 2000: 25 Pirkko Jokinen, Pirkko Keskiärkkä, Pekka Ropponen [toim.]
Matkalla Ithakaan: Mielekäs elämä –projektin kirjoituskilpailun satoa
ISBN: 952-9793-24-3
- 2000: 26 Sirkka Lehikoinen, Marjatta Seppänen
Humanismia vai ekonomiaa terveydenhuollossa: Fenomenografis – fenomenologinen
tutkimus tuloksellisuusvaatimusten ristiriidoista
ISBN: 952-9793-25-1
- 2000: 27 Marjatta Haapaniemi, Laila Hiltunen
Ammatillinen yhteistyö muuttuvassa sairaalaorganisaatiossa: Kyselytutkimus
sairaanhoidajille
ISBN: 952-9793-26-X
- 2000: 28 Irma Ahokas-Kukkonen, Jaana Pantsari
Tietotekniikan alueellinen verkostoituminen: Henkilöstön asennoituminen
terveydenhuollon tietoteknologiaan Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella
ISBN: 952-9793-27-8
- 2000: 29 Sari Tarvainen
Fysioterapian palveluketjun toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä
ISBN: 952-9793-28-6
- 2000: 30 Maija Heikura, Pirjo Ketonen, Tuija Laukkanen
Ravitsemushoidon laadun arviointi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ja Paiholan
sairaalassa: peruskartoitus v. 1998
ISBN: 952-9793-29-4
- 2001: 31 Hanna-Mari Tähtinen
Lastenpsykiatrisen osastohoidon tuloksellisuus perheen kokemana
ISBN: 952-9793-30-8
- 2002: 32 Maarit Kalasniemi, Leena Kuivalainen, Arja Ryhänen
Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymässä - Mittarin kehittäminen ja testaaminen
ISBN: 952-9793-31-6